

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maycon de Sousa Aquino
Nº da Carteira: 11.4.80939
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 12/11/2002

Nº da Guia: 15748

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/03/2024	10:05:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando de um jogo de basquete na sexta feira às 14:30 horas e ao pular para receber uma bola, sentiu um estalo no dorso no pé direito

Testemunha da ocorrência

Filepe

Telefone

(61) 98275-6355

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania

Data

04/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Relata dor ao deambular. Realizado geloterapia, arnica e dolomita, por 2 dias, sem melhora. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 15748

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Profissional	6 - Data Validade da Servir	7 - Número da Guia Arribado pela Operadora
0			

8 - Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Social	12 - Atribuição a RN
1141210			N

MAYCON DE SOUSA AQUINO

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	27 - Q1 Solic	28 - Q2 Autoriz
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	06	46406	41	225225			

21 - Curso de Aperfeiçoamento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Título	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	29 - Q1 Solic	30 - Q2 Autoriz
2	07/03/2024			10101039	CONSULTA em PRONTO SOCORRO	1	0



MAYCON DE SOUSA AQUINO
Dt. Nasco: 12/11/2002 Sx M
PRONT: 589186 Dt: 07/03/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA

31 - Código CNES
9365230

29 - Código na Classificação	30 - Nome do Contratado	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (seu ou de outra rede)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento	36 - Regime de Internamento	37 - Bordo Ocupacional	38 - Cód. CBO	39 - Cód. CBO
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								

36 - Data	37 - Inicial	38 - Final	39 - Título	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód. CBO	43 - Vta	44 - Tbc	45 - % Ind / Anos	46 - Valor Unico (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

48 - Sem Rót	49 - Q1 Part	50 - Código na Operadora CPT	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sem	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Total de Procedimentos (R\$)	59 - Total Taxa de Taxas e Auspícios (R\$)	60 - Total Taxa de Honorários (R\$)	61 - Total Taxa de OPIE (R\$)	62 - Total de Medicamentos (R\$)	63 - Assinatura do Contratado	64 - Total Taxa de Honorários (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado
			

Impresso por: SACDOL-VERHA

Data: 07/03/2024 13:45:05

Consultar: 0265304

Autorização: 0265304

Consultar: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8265304



Atendimento: 8265304 Pedido: 2928630 Ac. Number: 3668442
Registro / Nome: MAYCON DE SOUSA AQUINO
Data de Nascimento: 12/11/2002 Idade: 21 anos, 3 meses e 25 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 07/03/2024 14:56:00 Laudado: 08/03/2024
09:59:52
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: VINICIUS MEDINA GUIMARAES

RX - TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.


MAYCON DE MORAIS SILVA
CRM- 38186


AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8212205 DATA: 07/03/2024 14:52
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8265304 DT NASC: 12/11/2002 (21A 3M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 589186 - MAYCON DE SOUSA AQUINO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/03/2024 13:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DURANTE PRATICA ESPORTIVA. REFERE DOR EM TNZ DIREITO.

AO EFO
PELE INTEGRAL
AUSENCIA DE EDEMA
DOR A FLEXO EXTENSAO DE TNZ
NV PRESERVADO

CD:
SOLICITO RX
ANALGESIA
REAVIAÇÃO APÓS

8265304

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: TRAUMA
Obs.: DIREITO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
EXAME REALIZADO						
DATA 07 / 03 / 24						
HORARIO: 14:53						
TÉCNICO						

MEDICAMENTOS

2 C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML, (EV, IM) (INJ)

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMPOLA		IM	AGORA	[07/03]	14:53

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959