

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória da Silva Roja
Nº da Carteira: 11.4.213308
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/03/2006

Nº da Guia: 16650

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2024	15:00:00	Trillife (rio)	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna participando do trillife, quando em uma das provas no rio, relata ter batido o joelho em uma pedra e ter sentido muita dor no momento. Apresenta dificuldade e dor para deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiza Kaczinski	(51) 99695-9463

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	08/04/2024

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Gilberto G. E. M. Junior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Ass.:

Gilberto Junior

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

2 - N° Guia no Prestador 16650

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Sessão		7 - Número da Guia Alinhado pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sessão		8 - Validade da Carteira		10 - Nome VITORIA DA SILVA ROJA	
9 - Número da Carteira 114213308		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM N			

13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45480		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/04/2024		23 - Indicação Clínica											

24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804054		26 - Descrição RX - Joelho		27 - Q. Side 1		28 - QJ. Anter 0	
------------------	--	--	--	-------------------------------	--	-------------------	--	---------------------	--

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CIES 9365230	
--	--	---	--	-----------------------------	--

32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atividade (relatada ou doença reacionária)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
-----------------------	--	--	--	-----------------------	--	--	--

36 - Data		37 - Inicial		38 - Inicial		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Cód. 43 - Via		44 - Taxa		45 - % Real / Aceito		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
-----------	--	--------------	--	--------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	--------------------	--	-----------	--	----------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

Identificação (Ident. Profissional/Endereço)		48 - Data Realização		49 - Data Part		50 - Código na Operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - U		55 - Código CBO	
--	--	----------------------	--	----------------	--	-------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	--------	--	-----------------	--

56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização		59 - Total de Tensões e Angios (R\$)		60 - Total de Tensões (R\$)		61 - Total de Tensões (R\$)		62 - Total de Cópia (R\$)		63 - Total de Atendimento (R\$)		64 - Total Gastos Materiais (R\$)		65 - Total Oros (R\$)	
--	--	--	--	---	--	--------------------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------------	--	-----------------------------------	--	-----------------------	--

66 - Observação / Justificativa		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---------------------------------	--	--	--	-------------------------------	--



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Física

4 - Data de Autorização

5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Agendamento a 1h
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Causa do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encargado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Ação (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tel.

45 - Nº Final / Anexo

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura e/ou Profissional (Encarregado)

48 - Ass. Pol.

49 - Ass. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Observações / Justificativas

60 - Total Procedimentos (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de Honorários (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSSENDES

Data/Hora: 08/04/2024 17:46:16

Consultoria: 8330680

Assinatura: 8330680

Código: INST ADVERTISTAS, LOP

8330680



Atendimento:	8330680	Pedido:	2948957	Ac. Number:	3694179
Registro / Nome:	VITORIA DA SILVA ROJA				
Data de Nascimento:	27/03/2006	Idade:	18 anos, 0 mês e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/04/2024 17:57:00			Laudado:	09/04/2024 10:36:09
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PREScrição.: 8302908 DATA: 08/04/2024 17:56
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330680 DT NASC: 27/03/2006 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629918 - VITORIA DA SILVA ROJA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR EM JOELHO DIREITO APOS TRAUMA DIRETO ONTEM. SEM OUTRAS QUEIXAS

AO EFO
PELE INTEGRAL
AUSENCIA DE EDEMA OU EQUIMOSE
DOR LOCAL A PALPAÇÃO
ADM PRESERVADA
MECANISMO DE FLEXO EXTENSAO PRESERVADO
NV PRESERVADO

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: ESQUERDO							

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR	1						
EMERGENCIA/URGENCIA							



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

PRESCRIÇÃO.: 8303021 DATA: 08/04/2024 18:48
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330680 DT NASC: 27/03/2006 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629918 - VITORIA DA SILVA ROJA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA + IMOBILIZAÇÃO
ATESTADO 5 DIAS
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480