

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emily Eduarda Costa Bastos
Nº da Carteirinha: 4.31.3853
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 18/12/2008

Nº da Guia: 17190

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2024	15:59:00	Ginásio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna torceu o tornozelo quando descia a escada da saída.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	24/04/2024

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
Aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar que faz o primeiro atendimento, foi fornecido gelo e gelol. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 17190

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vencimento da Guia

7 - Número da Guia Atrelado pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Validade da Carteira

12 - Atendimento a RN

3853

EMILY EDUARDA COSTA BASTOS

Dados do Solicitante

13 - Código do Operador
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
ENDRIW GRASEL

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
33707

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cessão do Atendimento

22 - Data da Solicitação
24/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - CI SUSEC
1

28 - CI AUTORIZ
0

EMILY EDUARDA COSTA BASTOS
Dt. Nasc: 18/12/2008 Sx: F
Pront: 471599 Dt: 24/04/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA
8363887

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

31 - Código CINES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Assistente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Médico de Atendimento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Quid

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Real / Atende

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Quid Real

49 - Quid Part

50 - Código na operadora CFP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Materiais (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPNE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

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

2 - Nº Guia no Prestador 17190

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3853

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

12 - Atendimento a RBN

N

EMILY EDUARDA COSTA BASTOS

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

2 22

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistentia

40804089

40804097

26 - Descrição

RX - Articulacão tibiotarsal (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

90 - Indicador de Cobertura Especial

27 - Qt. Solic

1

1

0

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de atendimento

92 - Saúde Ocupacional

31 - Código CINES

9365230

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QDn

43 - Vn

44 - Tco

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Prestador(es) Executante(s)

48 - Selo Ref

49 - Cx. Pac

50 - Código na Operadora/CxP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização de Procedimento em Série

59 - Data de Realização de Procedimento em Série

60 - Data de Realização de Procedimento em Série

61 - Data de Realização de Procedimento em Série

62 - Data de Realização de Procedimento em Série

63 - Data de Realização de Procedimento em Série

64 - Data de Realização de Procedimento em Série

65 - Data de Realização de Procedimento em Série

66 - Data de Realização de Procedimento em Série

67 - Data de Realização de Procedimento em Série

68 - Data de Realização de Procedimento em Série

69 - Data de Realização de Procedimento em Série

70 - Data de Realização de Procedimento em Série

71 - Data de Realização de Procedimento em Série

72 - Data de Realização de Procedimento em Série

73 - Data de Realização de Procedimento em Série

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total de Taxas de Material (R\$)

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Medicamentos (R\$)

66 - Total de Medicamentos (R\$)

67 - Total de Medicamentos (R\$)

68 - Total de Medicamentos (R\$)

69 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Medicamentos (R\$)

66 - Total de Medicamentos (R\$)

67 - Total de Medicamentos (R\$)

68 - Total de Medicamentos (R\$)

69 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

65 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

66 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

67 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

68 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

69 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

70 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

71 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Total Geral (R\$)

68 - Total Geral (R\$)

69 - Total Geral (R\$)

70 - Total Geral (R\$)

71 - Total Geral (R\$)

Impresso por: TCFREITAS

Data: 26/05/2024 21:44:34

Contato: 028387

Atendimento: 830387

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8.366.3887



Atendimento:	8363887	Pedido:	2960065	Ac. Number:	3708080
Registro / Nome:	EMILY EDUARDA COSTA BASTOS				
Data de Nascimento:	18/12/2008	Idade:	15 anos, 4 meses e 6 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/04/2024 18:32:00			Laudado:	30/04/2024 16:34:42
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8363887	Pedido:	2960065	Ac. Number:	3708079
Registro / Nome:	EMILY EDUARDA COSTA BASTOS				
Data de Nascimento:	18/12/2008	Idade:	15 anos, 4 meses e 6 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/04/2024 18:32:00			Laudado:	30/04/2024 16:34:40
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8363887 Prontuário: 471599 SAME:
Paciente..... : EMILY EDUARDA COSTA BASTOS
Endereço..... : RUA PARAISO
Bairro..... : VILA MARUMBY
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 24/04/2024

Hora Atend: 17:08 Data Atend: 24/04/2024
Idade: 15 a

UF...: PR CEP: 87005260
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 19:49

Prestador da Evolução Médica:

SAMUEL MACHADO

PRESCRIÇÃO.: 8350053 DATA: 24/04/2024 19:51
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 8363887 DT NASC: 18/12/2008 (15A 4M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 471599 - EMILY EDUARDA COSTA BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/04/2024 17:08 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ATESTADO



SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 8349917 DATA: 24/04/2024 18:31
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8363887 DT NASC: 18/12/2008 (15A 4M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 471599 - EMILY EDUARDA COSTA BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/04/2024 17:08 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ENDRIW GRASEL SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTROSE EM DEGRAU DE ESCADA HOJE PELA TARDE
QUEIXA DE DOR LOCAL

EFO: EDEMA +/- 4 EQUIMOSE
DOR A PALPAÇA EM MALEOLO LATERAL
DEAMBULA COM AUXILIO
ADM LIMITADA PELA DOR
NV PRESERVADO

CD: SOLICITO RX E REAVALIO

8363887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DIREITO	1						
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIREITO	1						

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

RX
EXAME REALIZADO
DATA: ____/____/____
HORÁRIO: ____:____:____
TÉCNICO: _____

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **12/11/2023**

Nome: **Emily Eduarda Costa Bastos (3853)**

Curso: **1ª Ano - Ensino Médio**

Turma: **EM1MA**

Sexo: **F** Data Nascimento: **18/12/2008**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **M**

Naturalidade: **Maringá**

UF: **PR**

Estado Civil: **Solteiro**

Complemento:

Endereço: **Rua Cuba, 118**

Cidade: **Maringá**

UF: **PR** CEP: **87040-410**

Bairro: **Vila Morangueira**

Cert. Nascimento: **113240**

Cert. Nascimento Livro: **A-358**

Cert. Nascimento Folha: **4**

Cert. Nascimento Termo: **113240**

Cert. Nascimento Cartório: **Nagib Neme**

Cert. Nascimento Cidade: **PR**

Cert. Nascimento UF: **PR**

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data:

CPF: **125723249-54** INEP **124156096334**

E-Mail: **emilyeduarda.cbastos@gmail.com**

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: **Residencial: 44 30463864 |**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF:

Nome: **Eduardo Ferreira Bastos**

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nascimento:

Estado Civil:

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução:

Endereço:

UF:

CEP:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **081850829-95**

Nome: **Sandra de Santana Costa**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/04/1990**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **11000522-9**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **22/09/2006**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Cuba, 118**

UF: **PR**

CEP: **87040-410**

Complemento:

Bairro: **Vila Morangueira**

Cidade: **Maringá**

Religião: **Adventista do Sétimo Dia**

Igreja: **Horto Florestal (I)**

Cx. Postal:

E-Mail: **sandraew1@hotmail.com**

Telefones: **Celular: 44998877229 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **081850829-95**

Nome: **Sandra de Santana Costa**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/04/1990**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **11000522-9**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **22/09/2006**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Cuba, 118**

UF: **PR**

CEP: **87040-410**

Complemento:

Bairro: **Vila Morangueira**

Cidade: **Maringá**

Religião: **Adventista do Sétimo Dia**

Igreja: **Horto Florestal (I)**

Cx. Postal:

E-Mail: **sandraew1@hotmail.com**

Telefones: **Celular: 44998877229 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **081850829-95**

Nome: **Sandra de Santana Costa**

Naturalidade: **Maringá - PR**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/04/1990**

Estado Civil: **Casado**

Identidade: **11000522-9**

O. Exp: **SESP**

UF: **PR**

Data Emissão: **22/09/2006**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Cuba, 118**

UF: **PR**

CEP: **87040-410**

Complemento:

Bairro: **Vila Morangueira**

Cidade: **Maringá**

Religião: **Adventista do Sétimo Dia**

Igreja: **Horto Florestal (I)**

Cx. Postal:

E-Mail: **sandraew1@hotmail.com**

Telefones: **Celular: 44998877229 |**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Adriano Michael Gomes

Administrador Escolar - Ato nº 004/2023

Cássia de Sousa Barbosa

Secretário(a) - Ato nº 1.116.609/16

Responsável