

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinícios Eduardo Santos Gomes
Nº da Carteira: 11.1.12884
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 24/09/2006

Nº da Guia: 20157

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2024	11:37:00	Campo	Olimpíadas

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno relatava que estava participando das olimpíadas em uma prova de corrida quando torceu o tornozelo D e no momento sentiu uma dor intensa e um choque no local... Apresenta dificuldade de mobilidade e discreto edema. Administrado gelo local.

Testemunha da ocorrência

Gilberto Junior

Telefone

(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros

Enfº Gilberto

Data

21/08/2024

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.

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 20157

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Ativado pelo Operadora

8 - Número da Carteira

11112884

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VINÍCIOS EDUARDO SANTOS GOMES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ 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 Responsável

Cam 20193

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
21/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
1 22 10101035 Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic
28 - Qx Autoriz
1 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (ocorrência ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimento e Exame Realizado

36 - Data 37 - Inicial 38 - Inicial 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Cite 43 - Via 44 - Tce

45 - % Red / Acred 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável

48 - Sem Real 49 - Gr. 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 Setor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPI/UE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: 455467625

Data Hora: 21/08/2024 14:17:26

Central de: 8578011

Atendimento: 8578011

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAO

8576011

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

2 - Nº Guia no Prestador 20157

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

13 - Código da Operação
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


21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
21/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
40804089

26 - Descrição
RX - Articulacao tibiofemoral (tornozelo)

27 - QI Solic
1

28 - QI Autoriz
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença preexistente)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - QI
43 - Via 44 - Têc.

45 - % Rót / Assoc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Grau Rót

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Setor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

VINÍCIOS EDUARDO SANTOS GOMES
DT. NASC.: 24/09/2006 SX.M
PROFI.: 640979 DT.: 21/08/2024
CLINICA ADVERTISTA - CLAC / CLINICI
8576011

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUMA/CECO

Data: 21/08/2024 22:20:31

Contato: 8578011

Atendimento: 8578011

Clínica: CLINICA ADVERTISTA - CLAC

8576011



Atendimento:	8576011	Pedido:	3036803	Ac. Number:	3803942
Registro / Nome:	VINICIOS EDUARDO SANTOS GOMES				
Data de Nascimento:	24/09/2006	Idade:	17 anos, 10 meses e 27 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	21/08/2024 14:48:00			Laudado:	23/08/2024 10:34:19
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ALEXEI HADDAD				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8644425 DATA: 21/08/2024 14:47
USUÁRIO....: AHADDAD
ATENDIMENTO: 8576011 DT NASC: 24/09/2006 (17A 10M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 640979 - VINICIOS EDUARDO SANTOS GOMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/08/2024 14:16 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO HOJE PELA MANHA

AO EFO
PELE INTEGR
AUSENCIA DE EDEMA OU EQUIMOSE
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

8576011

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

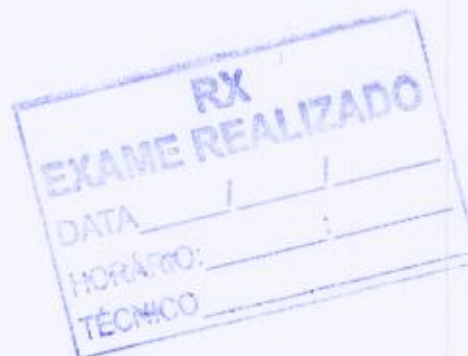
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIR	1						

VISITA HOSPITALAR

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

Alexei Haddad

ALEXEI HADDAD
CRM-PR: 20193



PRESCRIÇÃO.: 8644578 DATA: 21/08/2024 15:48
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8576011 DT NASC: 24/09/2006 (17A 10M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 640979 - VINICIOS EDUARDO SANTOS GOMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/08/2024 14:16 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD
ANALGESIA
REPOUSO
GELO
ORIENTAÇÕES

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84