

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Igor de Oliveira Salustriano
Nº da Carteira: 4.31.4363
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 06/08/2010

Nº da Guia: 21273

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2024	13:03:00	Escada	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno se desequilibrou ao cumprimentar um amigo e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

23/09/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que prestou o primeiro atendimento. foi feito 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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

23/09/2024 13:22



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

2. Nº Guia no Prestador 8636377

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Arquivada pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

IGOR DE OLIVEIRA SALUSTRIANO

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PDI

N

13 - Código da Operação

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

RAFAEL HOBOLD HIDALGO

CRM e C.R. 39193

16 - Conselho Profissional

43100

17 - Número no Conselho

41 225225

18 - UF

PR

19 - Código CBO

41 225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

39193

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data de Início

23/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Sólido

28 - Ql. Aquece

29 - Ql. Sólido

30 - Ql. Aquece

31 - Ql. Sólido

32 - Ql. Aquece

33 - Ql. Sólido

34 - Ql. Aquece

35 - Ql. Sólido

36 - Ql. Aquece

37 - Ql. Sólido

38 - Ql. Aquece

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Sólido

28 - Ql. Aquece

29 - Ql. Sólido

30 - Ql. Aquece

31 - Ql. Sólido

32 - Ql. Aquece

33 - Ql. Sólido

34 - Ql. Aquece

35 - Ql. Sólido

36 - Ql. Aquece

37 - Ql. Sólido

38 - Ql. Aquece

39 - Ql. Sólido

40 - Ql. Aquece

41 - Ql. Sólido

42 - Ql. Aquece

43 - Ql. Sólido

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Sólido

28 - Ql. Aquece

29 - Ql. Sólido

30 - Ql. Aquece

31 - Ql. Sólido

32 - Ql. Aquece

33 - Ql. Sólido

34 - Ql. Aquece

35 - Ql. Sólido

36 - Ql. Aquece

37 - Ql. Sólido

38 - Ql. Aquece

39 - Ql. Sólido

40 - Ql. Aquece

41 - Ql. Sólido

42 - Ql. Aquece

43 - Ql. Sólido

44 - Ql. Aquece

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

35 - Data

36 - Hora Inicial

37 - Hora Final

38 - Tabela

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - Ql. Sólido

42 - Ql. Aquece

43 - Ql. Sólido

44 - Ql. Aquece

45 - Ql. Sólido

46 - Ql. Aquece

47 - Ql. Sólido

48 - Ql. Aquece

49 - Ql. Sólido

50 - Ql. Aquece

51 - Ql. Sólido

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Tabela

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - Ql. Sólido

42 - Ql. Aquece

43 - Ql. Sólido

44 - Ql. Aquece

45 - Ql. Sólido

46 - Ql. Aquece

47 - Ql. Sólido

48 - Ql. Aquece

49 - Ql. Sólido

50 - Ql. Aquece

51 - Ql. Sólido

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Tabela

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - Ql. Sólido

42 - Ql. Aquece

43 - Ql. Sólido

44 - Ql. Aquece

45 - Ql. Sólido

46 - Ql. Aquece

47 - Ql. Sólido

48 - Ql. Aquece

49 - Ql. Sólido

50 - Ql. Aquece

51 - Ql. Sólido

40 - Ql. Part

50 - Código na operacionalCPF

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Contratado

53 - Nome do Contratado

54 - Nome do Contratado

55 - Nome do Contratado

56 - Nome do Contratado

57 - Nome do Contratado

58 - Nome do Contratado

59 - Nome do Contratado

60 - Nome do Contratado

61 - Nome do Contratado

62 - Nome do Contratado

63 - Nome do Contratado

64 - Nome do Contratado

65 - Nome do Contratado

66 - Nome do Contratado

67 - Nome do Contratado

68 - Nome do Contratado

69 - Nome do Contratado

56 - Data de Realização do Procedimento em Sala

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Observação / Justificativa

60 - Observação / Justificativa

61 - Observação / Justificativa

62 - Observação / Justificativa

63 - Observação / Justificativa

64 - Observação / Justificativa

65 - Observação / Justificativa

66 - Observação / Justificativa

67 - Observação / Justificativa

68 - Observação / Justificativa

69 - Observação / Justificativa

70 - Observação / Justificativa

71 - Observação / Justificativa

72 - Observação / Justificativa

73 - Observação / Justificativa

74 - Observação / Justificativa

75 - Observação / Justificativa

76 - Observação / Justificativa

77 - Observação / Justificativa

78 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPUe (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

65 - Total Gastos (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Responsável pela Autorização

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: CFS/LVA

Data/Hora: 23/09/2024 21:31:38

Contato: 0836377

Atendimento: 0836377

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

Contrato: INST ADVENTISTA/ALP

8636377

PRESCRIÇÃO.: 8728807 DATA: 23/09/2024 15:48
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8636377 DT NASC: 06/08/2010 (14A 1M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 643855 - IGOR DE OLIVEIRA SALUSTRIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/09/2024 14:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTROSE DE TORNOZELO HOJE, DOR EM REGIAO DE MALEOLO LATERAL

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA LEVE
AUSENCIA DE EQUIMOSE
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD
SOLICITO RX

8636377

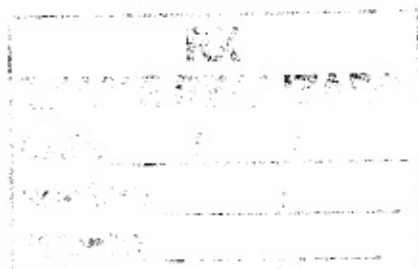
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



cam 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8728952 DATA: 23/09/2024 16:39
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8636377 DT NASC: 06/08/2010 (14A 1M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 643855 - IGOR DE OLIVEIRA SALUSTRIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/09/2024 14:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD
ANALGESIA
REPOUSO
GELO
ATESTADO
RTORNO SN

CRM 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



Atendimento:	8636377	Pedido:	3058486	Ac. Number:	3830989
Registro / Nome:	IGOR DE OLIVEIRA SALUSTRIANO				
Data de Nascimento:	06/08/2010	Idade:	14 anos, 1 mês e 16 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	23/09/2024 15:50:00			Laudado:	24/09/2024 16:16:19
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608