

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: 21253

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/09/2024	16:00:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno relata que estava participando de futebol no campo sintético e ao chutar uma bola caiu e bateu o joelho no chão, no momento sentiu uma fisgada, seguida de dor. Aplicado gelo local com repouso, sem melhora.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo	(44) 99725-0172

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto	08/09/2024

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



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

Maycon de Sousa Aquino

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

2 - Nº Guia no Prestador 21253

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Arbitrada para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Afastamento a BN

11480939

MAYCON DE SOUSA AQUINO

N

Dados do Operador

13 - Código do Operador

14 - Nome do Operador

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

VITOR HUGO DUARTE

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

06

34438

41

225270

Dados da Solicitação / Prescrição e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

24/09/2024

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz

1

0

Dados do Contratante Beneficiário

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (análise ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Início

38 - Fim

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q10 43 - N10

44 - Taxa

45 - N10 / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Especialista)

48 - Sexo

49 - GR Prof

50 - Código na Operadora/CPF

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

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de Consultas (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Teóricos (R\$)

65 - Total Gastos (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: MENDONÇA

Data: 24/09/2024 14:42:46

Código: 963934

Assinatura: 963934

Centro: CLINICA ADVOGADO A. PLAC

863.9034

Dr. Vitor Hugo Duarte
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Oncológica
CRM: 34438

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8639034 **Prontuário:** 589186 **SAME:** 589186 **Hora Atend:** 14:42 **Data Atend:** 24/09/2024
Paciente..... : MAYCON DE SOUSA AQUINO **Idade:** 21 a
Endereço..... : AVENIDA INDEPENDENCIA
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87015020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...**: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 24/09/2024 **Hora Saída** : 15:36

Prestador da Evolução Médica: 5211 **VITOR HUGO DUARTE**

HDA

TRAUMA INDIRETO EM JOELHO DIREITO
HA 2 SEMANAS
MANTEM DOR

EXAME FISICO

EDEMA LEVE
DOR EM INTERLINHA ARTICULAR
NEUROVASCULAR PRESERVADO
ADM LIVRE E FUNCIONAL

TRATAMENTO

ORIENTACOES
RETORNO APOS RNM

VITOR HUGO DUARTE / 34438.
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA