

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Cesar Pires
Nº da Carteirinha: 11.1.13177
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 04/03/2009

Nº da Guia: 21378

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	16:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno em aula de educação física praticando a modalidade de futsal. Refere que um colega pisou em seu pé Esq ocasionando uma sobrecarga no MID seguido de uma entorse no tornozelo Dir. Refere dificuldade para deambular devido algia em região maleolar lateral. Apresenta edema 3+/4+ no mesmo local e dificuldade para movimentar o membro. Aplicado gelo, imobilização compressiva (Jones) e orientado sobre manter elevação do membro sempre que possível. Encaminhado para avaliação ortopédica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paulo	(44) 99981-2241

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	24/09/2024

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 ortopédica em HBSM.



Documento assinado digitalmente

GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JÚNIOR

Data: 25/09/2024 08:19:45-0300

Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

Ass.: _____

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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](https://www.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 8641463

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Setor

6 - Data Validação da Setor

7 - Número da Guia emitido pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validação da Carteira

10 - Nome

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

11113177

ARTHUR CESAR PIRES

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Substituto
ENDRIM GRASEL

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
33707

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Substituto
ENDRIM GRASEL 2868Y

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40804089

26 - Descrição
RX - Articulacão tibiotarsica (tornozelo)

27 - Qx Solic. 28 - Qx Autoriz.
1 0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CBOES
9965230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (relacionada ou direta)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

42 - QHA 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Rod / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora CIP 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 - Observações / Assinaturas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuação (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total da CPUE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 21378

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número de Guia atribuído pelo Operador

8 - Nome do Prestador
11113177

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ARTHUR CESAR PIRES

11 - Número da Carteira Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PDI
N

13 - Código de Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
ENDRY GRASEL

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho
33707

18 - UF

19 - Código CBO
41 225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CARA 88684

21 - Carteira de Atendimento

22 - Data de Solicitação
25/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Sáb. 1
28 - Q2 Autoriz. 0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CIES
8365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (incluindo ou excluindo relacionado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - 1ª Sessão 38 - 1ª Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Q106 43 - V16 44 - T60

45 - % Real / Anulado 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Sesi. Ref. 49 - Q1 Part 50 - Código na operadora CIPF

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 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

59 - Características / Análises

60 - Total Procedimentos (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de Taxas de Medicamentos (R\$)

63 - Total de Outros (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total Outros Medicamentos (R\$)

66 - Total Outros (R\$)

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: ACSOJUA

Data: 25/09/2024 14:50:27

Carteira: 8641463

Atendimento: 8641463

Conselho: INST ADVERTIVAMP

8641463



Atendimento:	8641463	Pedido:	3060187	Ac. Number:	3833141
Registro / Nome:	ARTHUR CESAR PIRES				
Data de Nascimento:	04/03/2009	Idade:	15 anos, 6 meses e 20 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/09/2024 16:24:00			Laudado:	26/09/2024 13:22:45
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8734235 DATA: 25/09/2024 16:19
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8641463 DT NASC: 04/03/2009 (15A 6M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 644062 - ARTHUR CESAR PIRES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/09/2024 14:48 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: ENDRIW GRASEL SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO HÁ 1 DIA, DOR EM REGIAO MALEOLO LATERAL

AO EFO
PELE INTEGR
EDEMA MALEOLO LATERAL - AUSENCIA EQUIMOSE
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD
RX

8641463

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



Cam 28684
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 8734347 DATA: 25/09/2024 17:11
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 8641463 DT NASC: 04/03/2009 (15A 6M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 644062 - ARTHUR CESAR PIRES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/09/2024 14:48 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:

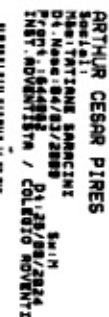
EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD
ANALGESIA
REPOUSO
GELO
ATESTADO MÉDICO
ROBOFOOT
RETORNO SN



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



Nome:

—DN:

Atendimento:

Data

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocaxh nº _____		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un _____		Luva estéril nº _____		Sonda Aspiração nº _____
	Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gaze tipo queijo (45cm) _____		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº _____
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril _____		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº _____
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central _____		PVPi degermante		Sonda Uretral nº _____
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº _____		PVPi Iópico		Sonda Nasogástrica longa nº _____
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade _____		Clorexidina Alcoólica _____ ml		Sonda Nasoentral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas _____		Clorexidina Degermante _____ ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC) _____		Clorexidina Aquosa _____ ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto _____		Seringa descartável s/ag3ml		Taia de Alunínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº _____		Seringa descartável s/ag5ml		Cateter Tipo óculos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel
	Cadargo – 100cm		Fio Mononylon nº _____		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Canula end. S/balão nº _____		Lâmina de bisturi nº _____		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº _____ cm		Lâmina pl. tricotomia		Seringa Insulina		

Paciente supor. Tenozgulo e, foi realizada a de imo
gem. foi avaliada para h. a. di. sendo com
receto a u. edica

Atenc. Alves Saritana
Tec. de Enfermagem

Tec. de Enfermagem
COREN-PR 000.992.048