

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Matheus Costa dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.100960
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 16/09/2004

Nº da Guia: 21571

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/09/2024	10:00:00	Campo de futebol	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno relata que estava participando de um jogo de futebol e ao receber uma bola a mesma bateu no 5º dedo da mão direita. Relata dor intensa no momento do impacto. Apresenta mobilidade diminuída, edema e equimose no local. Aplicado gelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ivan	(44) 9852-1652

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	30/09/2024

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
COREN-PR 179402 - 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 21571

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 Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira
114100960

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operação
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
46406

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Carm 39193

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
30/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento
28 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Subt. 28 - Q1 Acentu
1 0

29 - Código na Operação
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 relacionada)

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 - Q1e 43 - Via 44 - Tec.

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

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operação/CNP 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 de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: CIBABASZ

Data: 09/10/2024 08:41:04

Consultor: 0059440

Endereço: 0059440

Gerente: NBT ADVENTISTA

864.9446



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

2 - Nº Guia no Prestador 21571

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

4 - Data de Autuação

5 - Setor

6 - Data Validação de Serviço

7 - Número de Guia Autuado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114100960

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a TH
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Responsável
RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48406

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura Profissional Responsável
Rafael Salem Vedovello

21 - Centro de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Material
40803120 RX - Não ou quimioterápico

27 - Q. Solu. 28 - Q. Autorte
1 0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CBO
8365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Histórico da Atividade (assente ou doença relacionada)

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 - Q. Solu. 43 - N. 44 - T. 45 - % Ind. / Anon. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Sig. Inicial 49 - Gr. Part. 50 - Código na Operadora/CI/UF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuação (R\$)

61 - Total Taxas de Medicamentos (R\$)

62 - Total de Consultas (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

Impresso por: CP SILVA

Data: 02/10/2024 09:20:05

Contato: 0800446

Atendimento: 0800446

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

864.9446

PRESCRIÇÃO.: 8745942 DATA: 30/09/2024 15:49
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8649446 DT NASC: 16/09/2004 (20A 0M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628487 - LUAN MATHEUS COSTA SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/09/2024 14:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM 5º DEDO MÃO DIREITA HÁ 1 DIA, ADM PRESERVADA
EDEMA MODERADO + EQUIMOSE
RX

8649446

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
---	---------------------------------	---	--	--	--	--	--

Justificativa.: TRAUMA 5DEDO

Obs.: PERFIL DE 5º DEDO MÃO DIREITA + AP MÃO

EXAME REALIZADO

DATA ___/___/___

TÉC. RADIOLOGIA: _____

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193