

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Caio Scalcon Gonçalves  
Nº da Carteira: 4.31.4285  
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 27/06/2011

Nº da Guia: 21669

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 02/10/2024         | 11:00:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Perna Direita   |

## Descrição

Aluno teve uma torção do joelho direito durante jogo da educação física.

| Testemunha da ocorrência           | Telefone       |
|------------------------------------|----------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | (44) 3224-3073 |

| Quem prestou primeiros socorros    | Data       |
|------------------------------------|------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | 02/10/2024 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

## Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que prestou o primeiro atendimento. Foi feito o contato 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 21669

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Atuação

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número de Guia Attribuído pelo Operador

8 - Número do Cartão

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
CAIO SCALON GONCALVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM  
N

4314285

13 - Código de Operadora

23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

14 - Conselho Profissional

06

15 - UF

41

16 - Código CBO

225270

17 - Assinatura do Profissional Responsável

CRM 28694

15 - Nome do Profissional Responsável

SAMUEL MACHADO

21 - Causa do Atendimento

22 - Data de Solicitação

02/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Idade

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Dados do Estabelecimento Beneficiário

29 - Código na Operadora

23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

30 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento

32 - Indicação de Atividade (paciente ou usuário externo)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data

36 - Inicial

37 - Inicial

38 - Inicial

39 - Inicial

40 - Data do Procedimento

41 - Descrição

42 - Causa

43 - Via

44 - Tpc.

45 - % Insc. / Acusac.

46 - Valor Utilizado (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados do Profissional Responsável

48 - Nome

49 - Cx. Matr.

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 Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

69 - Data

70 - Data

71 - Data

72 - Data

73 - Data

\*865.3667\*

Impresso por: CBA089452

Operadora: 03/10/2024 10:20:17

Centralizadora: 0013367

Assinatura: 0013367

Contato: INST. ADVENTISTA-LAP



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 21669

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data validade da sentia

7 - Número da Guia Ambulatório pelo Operador

8 - Número da Carteira  
4314285

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
CAIO SCALON GONCALVES

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Beneficiário

13 - Código de Operadora  
01062326148

14 - Nome do Contratado  
SAMUEL MACHADO

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  
CRM 28684

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação  
02/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
40804054

26 - Descrição  
RX - Joelho

27 - CI Solic.  
1

28 - CI Autoriz.  
0

Dados do Contratado Examinado

29 - Código na Operadora  
23876304000112

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

31 - Código CIEES  
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Precedentes e Exames Realizados

36 - Data

37 - H: Inicial 38 - H: Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cota: 43 - Via

44 - Tec:

45 - % Rod: 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do(a) Profissional(a) Examinado(a)

48 - Selo Ref:

49 - GR: Part

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 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 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: ISACB/LMA

Data: 02/10/2024 10:40:40

Controlador: 8653667

Atendimento: 8653667

Centro: INST ADVENTISTA-LAP

\*8653667\*



**Atendimento:** 8653667 **Pedido:** 3064774 **Ac. Number:** 3838820  
**Registro / Nome:** CAIO SCALON GONCALVES  
**Data de Nascimento:** 27/06/2011 **Idade:** 13 anos, 3 meses e 6 dias **Sexo:** M  
**00:00:00**  
**Pedido do Exame:** 02/10/2024 15:09:00 **Laudado:** 03/10/2024  
**15:13:58**  
**Convênio:** INST.ADVENTISTA-IAP  
**Médico Solicitante:** PLANTAO SAMUEL MACHADO

**RX - JOELHO ESQUERDO**

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA  
CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8751354 DATA: 02/10/2024 15:07  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 8653667 DT NASC: 27/06/2011 (13A 3M 7D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 540647 - CAIO SCALON GONCALVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/10/2024 13:08 0 DIAS(S) INT  
  
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO 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

TORÇÃO+ TRAUMA HOJE DE JEOLHO DIREITO DUIRANTE ATIVIDADE ESPORTIVA  
QUEIXA DE DOR E EDEMA

EFO: LEVE EDEMA EM JOELHO DIREITO ADM COMPLETA E NÃO DOLOROSA  
DOR A PLAPAÇÃO EM REGIÃO LATERAL DE JOELHO DIREITO SEM CREPTAÇÕES  
SEM DESVIOS  
DEMBULA SEM AUXILIO

PT: SOLICITO RX E REVALIO

\*8653667\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM |                                         | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------|-----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1                              | RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D      | 1   |         |    |     |            |      |          |
| Justificativa.: dir            |                                         |     |         |    |     |            |      |          |
| VISITA HOSPITALAR              |                                         |     |         |    |     |            |      |          |
| 2                              | CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |

EXAME REALIZADO  
DATA: / /  
TÉC. RADIOLOGIA:

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 8751456 DATA: 02/10/2024 15:45  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 8653667 DT NASC: 27/06/2011 (13A 3M 7D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-TAP  
PACIENTE...: 540647 - CAIO SCALON GONCALVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/10/2024 13:08 0 DIAS(S) INT

SCALON

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

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

### EVOLUÇÃO MÉDICA

RX DE JOELHO NORMAL  
ORIENTAÇÕES  
DEIXO ATESTADO  
AINES  
GELO  
RETORNO

CRM  
PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 286.84