

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Wesley Gonçalves dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.81337
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 26/02/1998

Nº da Guia: 22501

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/10/2024	22:00:00	Society	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita

Descrição

Aluno relata que estava jogando e quando foi chutar a bola torceu o pé direito. Relata algia intensa e apresenta deformidade em fíbula. Realizado gelo terapia e imobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	26/10/2024

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.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
CRM-PR 173102 - ENF
Joselania 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

2 - N° Guia no Prestador **8698731**

Folha: 1 / 1

12 - Atendimento a RN
N

21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	27/10/2024	
24 - Tabela ou Item Acidentarial	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1	22	10101039
Consulta em pronto socorro		
	27 - Q1 Solic	28 - Q1 Admitir
	1	0

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (patiente ou doença relacionada)		34 - Tipo da Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Data da Emergência / Procedimento e Exame Realizado					
36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
			42 - Dolo:	43 - Via:	44 - Tec:
			45 % Ració Acons.		46 Valor Unitário (R\$)
					47 Valor Total (R\$)

Associação de Profissionais Escriturais			
48 - Sigla Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operação/CNPJ	51 - Nome do Profissional
			52 - Conselho Profissional
			53 - Número no Conselho
			54 - UF
			64 - Código CID

56 - Data de Realização do Procedimento em data:	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- / /	3- / /
2- / /	4- / /
58 - Observações / Assinaturas	
RAFAEL C NABAS	
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anua
61 - Total do CPIME (R\$)	62 - Total do CPIME (R\$)
63 - Total dos Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)	

Impresso per: **KLINGL** VA

Date/time: 27/10/2024 09:15:08

Contact: 6698731

Attention: 6060731

Contents: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8698731

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

2 - Nº Guia no Prestador 8698731

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WESLEY GONCALVES DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Aferimento e PV

N

125

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Contrato

32982

18 - UF

41

19 - Código CID

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante - Procedimento e Exame Solicitado

21 - Código do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

27/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 22

2 22 40804070

3 22 72999999

4 22 30712025

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

RX - Articulacao tibiofemoral (tornozelo)

RX - Perna

MEDICAMENTOS

Bota com ou sem salto

Dados do Contratado - Fornecedor

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acesso (pendente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução - Procedimento e Exame Realizados

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qix

43 - Via

44 - Txc

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Sentença

49 - Qx Part

50 - Código na Operadora/OPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Contrato

54 - UF

55 - Código CID

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Contratado

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

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KBBES/LVA

Data: 27/10/2024 09:16:32

Cofre: 000000

Atendimento: 8698731

Contrato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8698731

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

2 - Nº Guia no Prestador 8698731

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Próprio

4 - Data de Autorização

5 - Sexo

6 - Data Validada da Serra

7 - Número de Guia Notulada pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WESLEY GONCAVES DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RV
N

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Responsável

IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32982

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Responsável

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

27/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Selo

1

28 - Q1 Autoriz

0

Dados de Contratação Recorrida

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNE.S

9385230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Inicial

38 - H Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tel.

45 - Data

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura (Assinatura Profissional)

48 - Assinatura

49 - Assinatura

50 - Código no 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 Sêr - 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 00

58 - Observação / Justificativa

IVAN SANTINI

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Despesas (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OHC (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: KESSELVA

Data/hora: 27/10/2024 09:15:57

Controle: 8698731

Atendimento: 8698731

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8698731



Atendimento:	8698731	Pedido:	3080771	Ac. Number:	3858745
Registro / Nome:	WESLEY GONCAVES DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	26/02/1998	Idade:	26 anos, 8 meses e 0 dia	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/10/2024 23:31:00			Laudado:	01/11/2024 14:29:38
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	RAFAEL COSTA NABAS R				

RX - PERNA DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8698731	Pedido:	3080771	Ac. Number:	3858746
Registro / Nome:	WESLEY GONCAVES DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	26/02/1998	Idade:	26 anos, 8 meses e 0 dia	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/10/2024 23:31:00			Laudado:	01/11/2024
					16:02:34
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	RAFAEL COSTA NABAS R				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8811257 DATA: 26/10/2024 23:29
USUÁRIO.....: RCNABAS
ATENDIMENTO: 8698731 DT NASC: 26/02/1998 (26A 8M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 646771 - WESLEY GONCAVES DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/10/2024 23:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: IVAN SANTINI SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELO PS

PACIENTE REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO DURANTE FUTEBOL. REALTA MUITA DOR NO LOCAL.

PT:
- DEVIDO À EQUIPE DE ORTOPEDIA ESTA EM CENTRO CIRURGICO:
- PRESCREVO ANALGESIA
- SOLICITO RX DE PERNA E TORNOZELO DIREITO

8698731

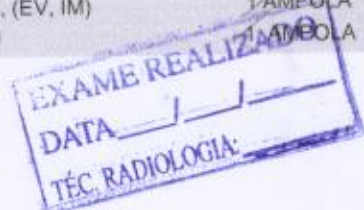
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. DIMORF 10MG 1ML INJ (MPP) Justificativa.: PLAM -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/10] . 23:31
4 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM) -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/10] . 23:31



RAFAEL COSTA NABAS
CRM-PR: 44469

PRESCRIÇÃO.: 8811294 DATA: 27/10/2024 00:19
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 8698731 DT NASC: 26/02/1998 (26A 8M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 646771 - WESLEY GONCAVES DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/10/2024 23:25 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: IVAN SANTINI SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TORÇÃO DE TORNOZELO DURETAT PRATICA ESPORTIVA

EFO: DOR A PLAPAÇÃO EM MALEOLO LATERAL DIR
LEVE EDEMA
ADM DOLOROSA E RESTRITA
TEC<3S
SEM DESVIOS ROTACIONAIS

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA OU LUXAÇÃO OU DESVIO

PT: IMOLBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA
ANALGESIA
ATESTADO 30 DIAS PARA EDUCAÇÃO FISICA
RETORNO AO PS
ORIENTAÇÕES GERAIS E CUIDADOS
ALTA DA ORTOPEDIA.

8698731

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TALA GESSADA	1					[27/10] : 00:19

VISITA HOSPITALAR

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

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Dados do Atendimento

Atendimento: 8698731 Data/Hora: 26/10/2024 23:25 Prioridade: Baixa
Paciente: 646771 - WESLEY GONCAVES DOS SANTOS Sexo: M Nasc.: 26/02/1998 (26a 8m 0d)
Prestador: 2585 - IVAN SANTINI SILVA Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE ENTORCE DE JOELHO D INICIO HOJE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT=98 FR=18 DOR=7
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 150 x 60 mmHG Pulso: Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária?	Sim ☐	Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool?	Sim ☐	Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante?	Sim ☐	Não ☒
Nº de Partos:	Dor?	Sim ☐	Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família?	Sim ☐	Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico?	Sim ☐	Não ☒
Cidade:	UF:	Hospital: ACOLHMENTO	

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

PROCEDIMENTOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

23:54 fit sobre antena im pelis D segundo lado unco de
 per, comacine ointado Adulterado R x f m Dic
 pincionado com decot 18 MSQ. —————
 pavis e v 2 angu aguardando avaliação fdr