

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Gaudard Lomeu Bastos

Nº da Carteira: 4.31.6318

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 26/05/2015

Nº da Guia: 25789



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2025	09:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição
A aluna estava pulando corda, caiu e bateu o joelho. Está se queixando de dor e dificuldade para andar

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patricia	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorro	Data
Patricia	28/03/2025

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
Os responsáveis foram informados do ocorrido.

Ass.:

Geovana Florencio Sansalone

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 - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 25789

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN

AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS

N

4316318

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

06

39.294

41

225124

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

28/03/2025

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 10101039

Item Assistencial

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic

28 - Qt Autoriz

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr Inicial

38 - Hr Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref

49 - Gr Part

50 - Código na operacional/CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

56 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 25789

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4316318

AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

06

41

225124

AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

15/04/2025

AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS

Soc. GLEICE GAUDARD PEREIRA LOMEU F

01-28/03/2025

04-28/03/2025

Pront.: 857716

INST. ADVENTISTA /

CA: 4316318

27 - Qt. Solic

28 - Qt. Autoriz

1

22

40804054

RX -

Joelho



0008883801

ca: 4316318

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

23876304000112

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

70 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

71 - Total de OPMs (R\$)

72 - Total de Medicamentos (R\$)

73 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

74 - Total Geral (R\$)

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

79 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

80 - Total de OPMs (R\$)

81 - Total de Medicamentos (R\$)

82 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

83 - Total Geral (R\$)

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

88 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

89 - Total de OPMs (R\$)

90 - Total de Medicamentos (R\$)

91 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

92 - Total Geral (R\$)

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

97 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

98 - Total de OPMs (R\$)

99 - Total de Medicamentos (R\$)

100 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

101 - Total Geral (R\$)

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

106 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

107 - Total de OPMs (R\$)

108 - Total de Medicamentos (R\$)

109 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

110 - Total Geral (R\$)

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Contratado

114 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

115 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

116 - Total de OPMs (R\$)

117 - Total de Medicamentos (R\$)

118 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

119 - Total Geral (R\$)

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

124 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

125 - Total de OPMs (R\$)

126 - Total de Medicamentos (R\$)

127 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

128 - Total Geral (R\$)

129 - Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Contratado

132 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

133 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

134 - Total de OPMs (R\$)

135 - Total de Medicamentos (R\$)

136 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

137 - Total Geral (R\$)

138 - Assinatura do Responsável pela Autorização

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

142 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

143 - Total de OPMs (R\$)

144 - Total de Medicamentos (R\$)

145 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

146 - Total Geral (R\$)

147 - Assinatura do Responsável pela Autorização

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Contratado

150 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

151 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

152 - Total de OPMs (R\$)

153 - Total de Medicamentos (R\$)

154 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

155 - Total Geral (R\$)

156 - Assinatura do Responsável pela Autorização

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

160 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

161 - Total de OPMs (R\$)

162 - Total de Medicamentos (R\$)

163 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

164 - Total Geral (R\$)

165 - Assinatura do Responsável pela Autorização

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Contratado

168 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

169 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

170 - Total de OPMs (R\$)

171 - Total de Medicamentos (R\$)

172 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

173 - Total Geral (R\$)

174 - Assinatura do Responsável pela Autorização

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

178 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

179 - Total de OPMs (R\$)

180 - Total de Medicamentos (R\$)

181 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

182 - Total Geral (R\$)

183 - Assinatura do Responsável pela Autorização

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Contratado

186 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

187 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

188 - Total de OPMs (R\$)

189 - Total de Medicamentos (R\$)

190 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

191 - Total Geral (R\$)

192 - Assinatura do Responsável pela Autorização

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

196 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

197 - Total de OPMs (R\$)

198 - Total de Medicamentos (R\$)

199 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

200 - Total Geral (R\$)

201 - Assinatura do Responsável pela Autorização

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Contratado

204 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

205 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

206 - Total de OPMs (R\$)

207 - Total de Medicamentos (R\$)

208 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

209 - Total Geral (R\$)

210 - Assinatura do Responsável pela Autorização

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Contratado

213 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

214 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

215 - Total de OPMs (R\$)

216 - Total de Medicamentos (R\$)

217 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

218 - Total Geral (R\$)

219 - Assinatura do Responsável pela Autorização

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Contratado

222 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

223 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

224 - Total de OPMs (R\$)

225 - Total de Medicamentos (R\$)

226 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

227 - Total Geral (R\$)

228 - Assinatura do Responsável pela Autorização

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Contratado

231 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

232 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

233 - Total de OPMs (R\$)

234 - Total de Medicamentos (R\$)

235 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

236 - Total Geral (R\$)



Atendimento: 8883801 **Pedido:** 3152901 **Ac. Number:** 3949233
Registro / Nome: AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS
Data de Nascimento: 26/05/2015 **Idade:** 9 anos, 10 meses e 2 dias **Sexo:** F
00:00:00
Pedido do Exame: 28/03/2025 12:51:00 **Laudado:** 07/04/2025
11:20:09
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 9083770 DATA: 28/03/2025 12:46
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8883801 DT NASC: 26/05/2015 (9A 10M 3D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 657716 - AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/03/2025 11:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

PACIENTE REFERE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HOJE PELA MANHÃ, COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO.
REFERE DOR NO LOCAL

EFO: PELE ÍNTEGRA, EDEMA +/4+, SEM EQUIMOSE, SEM SINAIS DE DESVIO, SEM DEFORMIDADES, DOR À PALPAÇÃO
EM REGIÃO PATELAR, ADM COMPLETA PORÉM DOLOROSA, NV PRESERVADO

CD: SOLICITO RX E REAVALIO

8883801

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: ESQUERDO						

VISITA HOSPITALAR

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

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055



PRESCRIÇÃO.: 9083916 DATA: 28/03/2025 13:57
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8883801 DT NASC: 26/05/2015 (9A 10M 3D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 657716 - AMANDA GAUDARD LOMEU BASTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/03/2025 11:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT..: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CHECO RX - SEM SINAIS DE DESVIO, LUXAÇÃO OU FRATURA

CD: ANALGESIA

GELO

ATESTADO

ORIENTAÇÕES GERAIS

RETORNO SE PIORA OU PRESENÇA DE NOVOS SINTOMAS

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517