

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Alves da Silva e Silva
Nº da Carteira: 11.1.13527
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 18/12/2009

Nº da Guia: 25048

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2025	15:00:00	Sala de Ginástica	Judô

☐ **que aconteceu**

Partes do corpo

Torção

Tornozelo Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando da aula de judô e torceu o tornozelo D. Apresenta equimose nos MMSS, edema e equimose no tornozelo D. Relata algia ao exame físico e dificuldade para deambular. Aplicado gelo no local e arnica.

Testemunha da ocorrência

Prof Iuri

Telefone

(44) 9933-1901

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania Pazette

Data

12/03/2025

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 25048

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ENZO ALVES DA SILVA E SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD-HOBALGO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt Solic

28 - Qt Autoriz

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de 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 - Qlde

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do 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 - Qlde

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excitante(a)

48 - Seq Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número 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 -

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 -

58 - 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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ARH/RATA

Data/Hora: 19/03/2025 10:13:39

Controle: 8862704

Atendimento: 8862704

Conexão: INST ADVENTISTA/PA

8862704



Atendimento: 8862704 **Pedido:** 3145566 **Ac. Number:** 3939993
Registro / Nome: ENZO ALVES DA SILVA E SILVA
Data de Nascimento: 18/12/2009 **Idade:** 15 anos, 2 meses e 24 dias **Sexo:** M
Pedido do Exame: 12/03/2025 16:31:00 **Laudado:** 19/03/2025 15:48:22
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ DIREITO AP/OBL

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8862704	Pedido:	3145566	Ac. Number:	3939994
Registro / Nome:	ENZO ALVES DA SILVA E SILVA				
Data de Nascimento:	18/12/2009	Idade:	15 anos, 2 meses e 24 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	12/03/2025 16:31:00			Laudado:	19/03/2025 15:48:20
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO AP/P

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9055752 DATA: 12/03/2025 16:29
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8862704 DT NASC: 18/12/2009 (15A 2M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 656542 - ENZO ALVES DA SILVA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/03/2025 14:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

8862704

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 PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DOR	1					

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84



PRESCRIÇÃO.: 9055798 DATA: 12/03/2025 17:02
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8862704 DT NASC: 18/12/2009 (15A 2M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 656542 - ENZO ALVES DA SILVA E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/03/2025 14:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE DA ENTRADA EM PRONTO ATENDIMENTO ACOMPANHADO DA IRMÃ COM QUEIXA DE TORÇÃO EM TORNOZELO DIREITO.
EFO: DEAMBULANDO, ADM PRESERVADA, LEVE DOR AO MOVIMENTO, NEUROVASCULAR PRESERVADO
AO RAO-X: SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA OU LUXAÇÃO NO PRESENTE MÉTODO.
CD: ANALGESIA
ORIENTO CUIDADOS E RETIRO TODAS AS DUVIDAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO EM PS/AMBULATORIO SE NECESSÁRIO
ALTA DA ORTOPEDIA


PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84