

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Victor Jaras Prado
Nº da Carteira: 11.4.222191
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 29/09/2006

Nº da Guia: 25312

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2025	22:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

Aluno em jogo de futsal no ginásio do evento "pré-7Cup", refere não ter conhecimento da origem do trauma. Após os jogos, refere sentir desconforto em região posterior do hálux esquerdo. Apresenta edema 2+/4+ e sente o dedo "pulsar" SIC, apresenta leve equimose.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enf. Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	18/03/2025

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

Realizado geloterapia e encaminhado para avaliação ortopédica.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Junior

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

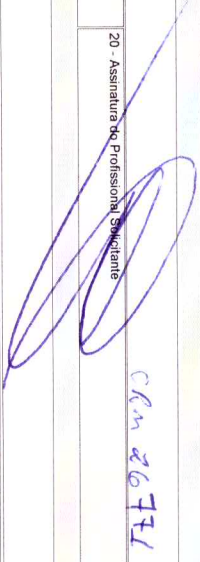
2 - Nº Guia no Prestador 25312

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 114222191	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MATEUS VICTOR JARAS PRADO	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 SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
----------------------	--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/03/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql Solic. 1	28 - Ql Autoriz. 0
---	-----------------------------------	--	------------------------	------------------	---	--	---------------------	-----------------------

Dados do Contratado Executante	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 - 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 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 - ☐
--	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

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 Mateus Victor	68 - Assinatura do Contratado				

8871119

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

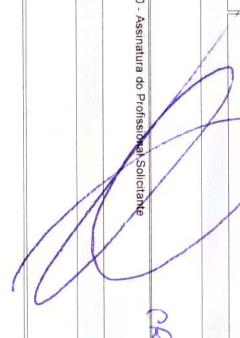
2 - Nº Guia no Prestador 25312

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		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV N
8 - Numero da Carteira 114222191	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MATEUS VICTOR JARAS PRADO	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
13 - Código da Operadora 23876304000112								

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/03/2025			

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097	26 - Descrição RX - Pe ou pododactilio	
---------------------	--	---	--

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

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		

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 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Escusante(s)				52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional				

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 Autuações (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Gera (R\$)
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Impresso por: LUMACEDO

Data/Hora: 19/03/2025 20:14:27

Contatante: 9871119

Atendimento: 9871119

Contêêno: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8871119

PRESCRIÇÃO.: 9068257 DATA: 19/03/2025 19:33
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8871119 DT NASC: 29/09/2006 (18A 5M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 656999 - MATEUS VICTOR JARAS PRADO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/03/2025 19:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM HÁLUX ESQUERDO HÁ 4 DIAS, JOGANDO FUTEBOL. NÃO SABE CARACTERIZAR MECANISMO DO TRAUMA, REFERE DOR EM REGIÃO METATARSOFALENGEANA DE HÁLUX ESQUERDO

EFO: EDEMA +/4+, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, ADM INCOMPLETA E DOLOROSA, NV PRESERVADO

CD: SOLICITO RX E REAVALIO

8871119

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: ESQUERDO							
AP + OBLÍQUO + PERFIL DO HÁLUX							

VISITA HOSPITALAR

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

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR 26771



PRESCRIÇÃO.: 9068284 DATA: 19/03/2025 19:57
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8871119 DT NASC: 29/09/2006 (18A 5M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 656999 - MATEUS VICTOR JARAS PRADO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/03/2025 19:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

CD
ANALGESIA
REPOUSO
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO SN

ANTONIO CARLOS FERREI NOGUEIRA
CRM-PR. 26771

CRM 26771