

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Vyter Hugo Machado  
**Nº da Carteira:** 11.1.13555  
**Instituição:** FAP - Educação Básica



**Data de Nascimento:** 01/08/2011

**Nº da Guia:** 27854

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade    |
|--------------------|----------|---------|--------------|
| 22/02/2024         | 21:30:00 | Ginásio | Treino 7camp |

| O que aconteceu    | Partes do corpo    |
|--------------------|--------------------|
| Rigidez do músculo | Calcanhar Esquerdo |

## Descrição

Aluno relata que estava participando do treino de futebol com o time da 7camp, em uma jogada sentiu uma dor intensa no músculo da panturrilha D, como se estivesse dividindo o mesmo (SIC). Aluno relata que estava fazendo tratamento no quarto com massagem e arnica. Apresenta rigidez no local, relata dor intensa na panturrilha D e dificuldade para deambular.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| João Brás                | (45) 9800-6077 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enf Gilberto                    | 22/04/2025 |

| 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

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Preceptor ciente.

Joselania Ramos Pazette Fagundes  
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: \_\_\_\_\_

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](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/SADT**

**2 - N° Guia no Prestador 27854**

Folha: 1 / 1

|                                                              |  |                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>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<br>11113555                           |  | 9 - Validade da Carteira                                                       |  |
| 10 - Nome<br>WYTOR HUGO MACHADO                              |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                        |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                   |  |                                                                                |  |
| Dados do Solicitante                                         |  |                                                                                |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                   |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A              |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HEMINE HUSSEM SALEM |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                               |  |
| 17 - Número no Conselho<br>036103                            |  | 18 - UF<br>41                                                                  |  |
| 19 - Código CBO<br>225124                                    |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                    |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados    |  |                                                                                |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                            |  | 22 - Data da Solicitação<br>29/04/2025                                         |  |
| 23 - Indicação Clínica                                       |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial<br>10101039 |  |
| 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                 |  | 27 - Ql Solic.<br>1                                                            |  |
| 28 - Qx Autoriz.                                             |  | 0                                                                              |  |
| Dados do Contratado Executante                               |  |                                                                                |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                   |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A              |  |
| 31 - Código CNES<br>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 - Qtde                                                    |  | 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               |  |                                                                                |  |
| 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 Casos Medicinas (R\$)                                               |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                       |  |                                                                                |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização              |  |                                                                                |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |                                                                                |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                |  |                                                                                |  |
| Impresso por: APPI/HEIRO                                     |  |                                                                                |  |
| Data/Hora: 05/05/2025 08:35:57                               |  |                                                                                |  |
| Contato/Lote: 8920290                                        |  |                                                                                |  |
| Remendimento: 8920290                                        |  |                                                                                |  |
| Convênio: INST ADVENTISTA/AP                                 |  |                                                                                |  |
| *8920290*                                                    |  |                                                                                |  |

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

2 - Nº Guia no Prestador 27854

Folha: 1 / 2



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

11113555

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VYTOR HUGO MACHADO

11 - Numero 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

LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

3151.7

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

31514

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2 02/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou  
Item Assistencial  
22 40804054 RX - Joelho  
2 40804089 RX - Articulacao fibiolarica (tornozelo)  
2 40804070 RX - Perna  
4 72999999 MEDICAMENTOS  
5 30728134 Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent

27 - Qt Solic

1 0  
1 0  
1 0  
1 0  
1 0

28 - Qt Autoriz

0 0  
0 0  
0 0  
0 0  
0 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 / Paciente 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 - Qtd 43 - Via 44 - Tec

45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Set. Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

54 - UF

64 - Código CBO

VYTOR HUGO MACHADO  
Societ:1  
Machado, Vitor Hugo  
Dt. Nasc: 01/08/2011  
Inst. Adv: 059732  
Inst. Adv: 059732  
0008920290  
0008920290  
Ca: 1113555

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 Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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

Impresso por: ISAC SILVA

Data/Hora: 02/05/2025 11:03:00

Controlador: 8920250

Atendimento: 8920250

Convênio: INST ADVENTISTA IAP

\*8920250\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 27854

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira  
11113555

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
VYTOR HUGO MACHADO

11 - Numero 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  
LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Numero no Conselho  
3151.7

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  
02/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
30730163

26 - Descrição  
Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador

27 - Qt Solic  
1

28 - Qt 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 - 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 Operadora/CPF

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

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 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: ISAC SILVA

Data/hora: 02/05/2025 11:03:00

Centraliz. 8920250

Atendimento 8920250

Contém: INST. ADVENTISTA-IAP

\*8.920250\*



|                     |                        |         |                            |             |                  |
|---------------------|------------------------|---------|----------------------------|-------------|------------------|
| Atendimento:        | 8920250                | Pedido: | 3167286                    | Ac. Number: | 3967166          |
| Registro / Nome:    | VYTOR HUGO MACHADO     |         |                            |             |                  |
| Data de Nascimento: | 01/08/2011             | Idade:  | 13 anos, 8 meses e 26 dias | Sexo:       | M                |
| Pedido do Exame:    | 29/04/2025 19:48       |         |                            | Laudado:    | 15/05/2025 13:07 |
| Convênio:           | INST.ADVENTISTA-IAP    |         |                            |             |                  |
| Médico Solicitante: | LUAN CELSO GONCALVES R |         |                            |             |                  |

### RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



|                            |                               |                                  |                                   |                    |                |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------|
| <b>Atendimento:</b>        | <b>8920250</b>                | <b>Pedido:</b>                   | <b>3167286</b>                    | <b>Ac. Number:</b> | <b>3967165</b> |
| <b>Registro / Nome:</b>    | <b>VYTOR HUGO MACHADO</b>     |                                  |                                   |                    |                |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>01/08/2011</b>             | <b>Idade:</b>                    | <b>13 anos, 8 meses e 26 dias</b> | <b>Sexo:</b>       | <b>M</b>       |
| <b>Pedido do Exame:</b>    | <b>29/04/2025 19:48</b>       | <b>Laudado: 15/05/2025 13:06</b> |                                   |                    |                |
| <b>Convênio:</b>           | <b>INST.ADVENTISTA-IAP</b>    |                                  |                                   |                    |                |
| <b>Médico Solicitante:</b> | <b>LUAN CELSO GONCALVES R</b> |                                  |                                   |                    |                |

### **RX - PERNA DIREITA (AP/PERFIL)**

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



|                            |                               |                |                                   |                    |                         |
|----------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------|
| <b>Atendimento:</b>        | <b>8920250</b>                | <b>Pedido:</b> | <b>3167286</b>                    | <b>Ac. Number:</b> | <b>3967164</b>          |
| <b>Registro / Nome:</b>    | <b>VYTOR HUGO MACHADO</b>     |                |                                   |                    |                         |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>01/08/2011</b>             | <b>Idade:</b>  | <b>13 anos, 8 meses e 26 dias</b> | <b>Sexo:</b>       | <b>M</b>                |
| <b>Pedido do Exame:</b>    | <b>29/04/2025 19:48</b>       |                |                                   | <b>Laudado:</b>    | <b>15/05/2025 13:06</b> |
| <b>Convênio:</b>           | <b>INST.ADVENTISTA-IAP</b>    |                |                                   |                    |                         |
| <b>Médico Solicitante:</b> | <b>LUAN CELSO GONCALVES R</b> |                |                                   |                    |                         |

### **RX - JOELHO DIREITO (AP/PERFIL)**

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9139977 DATA: 29/04/2025 19:45  
USUÁRIO....: PLCGONCALVES  
ATENDIMENTO: 8920250 DT NASC: 01/08/2011 (13A 8M 29D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 659732 - VYTOR HUGO MACHADO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 17:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

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

### EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR TORNOZELO E PERNA DIREITA APOS JOGO DE FUTEBOL

ADM COMPLETA  
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES  
NEUROVASCULAR E TENDINEO PRESERVADO  
THOMPSON NEGATIVO PARA LESÃO

CD:  
- RX

\*8920250\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                                                                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM INF PERNA (TIBIA)<br>Justificativa.: <i>dir</i>                            | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO<br>TIBIO-TARSICA)<br>Justificativa.: <i>DIR</i> | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 3 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D<br>Justificativa.: <i>DIR</i>                  | 1   |         |    |     |            |      |          |

#### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 4 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |



Dr. Luan Celso Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM-PR: 31.517/107  
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES  
CRM-PR: 31.517/107

PRESCRIÇÃO.: 9139995 DATA: 29/04/2025 20:01  
USUÁRIO....: PLCGONCALVES  
ATENDIMENTO: 8920250 DT NASC: 01/08/2011 (13A 8M 29D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 659732 - VYTOR HUGO MACHADO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 17:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD  
ORIENTAÇÕES  
ANALGESIA  
RETORNO

\*8920250\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTOS                    |                                                    | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 5                               | C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML,( IM)                  | 1   | AMPOLA  |    | IM  | AGORA      | [29/04] 20:02 |
| ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS |                                                    | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
| 6                               | TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE | 1   |         |    |     |            | [29/04] 20:01 |
| 7                               | JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO         | 1   |         |    |     |            | [29/04] 20:01 |

Dr. Luan Celso Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM/PR: 31.517

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES  
CRM-PR: 31.517

