

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Wilder Alejandro Cabal Becerra
Nº da Carteira: 11.4.208495
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 23/08/2005

Nº da Guia: 25230.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/04/2025	22:21:48	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 Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando de um jogo na pré SIFI, e ao chutar a bola, sentiu uma dor no Halux do pé direito. Apresenta edema e equimose local. Aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência

Brenda Riba

Telefone

(42) 99905-3751

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania

Data

17/03/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorizado retorno no dia 14/04/2025 às 07h30 com Dr. Rafael em Clínica de especialidades - ORTO HBSM.

Ass.:

Gilberto G. I. A.
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Junior

8902909

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/SDT

2 - Nº Guia no Prestador 25230001

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114208495

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Wesley Guidi Secco
Médico
CRM 28915/PR

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
WESLEY GUIDI SECCO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
23975

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Critério do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
14/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento
10101012
26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

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 (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 - Cide 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. Prof.

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 OFME (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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8902909 Prontuário: 656840 SAME: 656840 Hora Atend: 07:27 Data Atend: 14/04/2025
Paciente..... : WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA Idade: 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU UF...: PR CEP: 87140970
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA APART
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/04/2025 Hora Saída : 07:45

Prestador da Evolução Médica: 1583 WESLEY GUIDI SECCO

HDA

traum em dedo

EXAME FISICO

sem dor

DIAGNOSTICO - HISTORICO

dedo alinhado

TRATAMENTO

orinactoes
retrono