

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Wilder Alejandro Cabal Becerra

Nº da Carteirinha: 11.4.208495

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 23/08/2005

Nº da Guia: 25230

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/03/2025	11:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Preceptor de plantão ciente.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173402-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 25230

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
114208495

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA

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

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

43656

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

17/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 ou (terapêutica manual)

2 22 40804097

3 22 30729165

30711010

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilio

Fraturas e/ou luxações do antepé - redução incruenta

Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)

27 - Qt. Solic.

1

1

1

0

0

28 - Qt. Autoriz.

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

relacionada

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Emperramento 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 - 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 OPRME (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 KEBISLVA

Data/Hora 17/03/2025 11:46:01

Contato/Lote 8867698

Atendimento 8867698

Convênio INST ADVENTISTA/IAF

88676.98



Atendimento:	8867698	Pedido:	3147528	Ac. Number:	3942520
Registro / Nome:	WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA				
Data de Nascimento:	23/08/2005	Idade:	19 anos, 6 meses e 24 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/03/2025 10:55:00			Laudado:	24/03/2025 12:59:32
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - PÉ DIREITO AP/OBL

Pequeno traço de fratura da falange distal do 4º pododáctilo, com pequeno fragmento ósseo avulsionado.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9063474 DATA: 17/03/2025 10:48
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO.: 8867698 DT NASC: 23/08/2005 (19A 6M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 656840 - WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2025 10:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA DIRETO EM PÉ DIREITO ONTEM, DESDE ENTÃO COM DOR LOCAL.
SEM QUEIXAS NO MOMENTO

EF
NEUROLOGICO OK
VASCULAR OK
PELE INTEGRAL
ADM COMPLETA POREM DOLOROSA

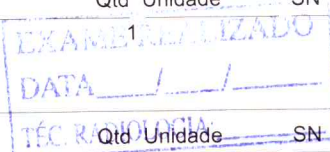
PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

8867698

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS
Justificativa.: DIREITO



VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

PRESCRIÇÃO.: 9063559 DATA: 17/03/2025 11:20
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8867698 DT NASC: 23/08/2005 (19A 6M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 656840 - WILDER ALEJANDRO CABAL BECERRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2025 10:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX COM FRATURA DE FALANGE DISTAL DE HALUX DIREITO

PLANO
IMOBILIZAÇÃO COM ESPARADRAPAGEM
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
RETORNO AMBULATORIAL
ATESTADO MÉDICO
ORIENTAÇÕES GERAIS

8867698

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 IMOBILIZACAO NAO GESSADA	1					[17/03] . 11:20
4 PE, FRATURA/LUXACAO DO ANTEPE - INCRUENTO	1					[17/03] . 11:20

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

CRM 43656