

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kerolyn Schereiber
Nº da Carteirinha: 11.4.208955
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 23/12/2005

Nº da Guia: 28470

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/05/2025	18:30:00	Campo	TRILLIFE

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade de escorregar na lona no Trillife e escorregou torcendo o tornozelo D, relata dor intenso no momento da torção. Apresenta edema no tornozelo D e dificuldade de mobilizade. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Brenda Ribas	(42) 99905-3751

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania	18/05/2025

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. Preceptora de plantão ciente.

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 28471

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sentia
6 - Data Validade da Sentia	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 114198478	9 - Validade da Carteira	10 - Nome KEROLYN SCHEREIBER	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 MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero 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 17/06/2025	23 - Indicação Clínica	27 - Qt Solic. 1	28 - Qt Autoriz. 0
---	-----------------------------------	--	------------------------	---------------------	-----------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
------------------	--	--

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

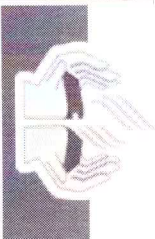
Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos 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(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Prof.	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 CPME (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				



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

2 - Nº Guia no Prestador **543**

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

KEROLYN SCHEREIBER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

16 - Conselho Profissional

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

19/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

2

3

25 - Código do Procedimento

40804097

40804098

30728134

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo

RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento incruent

27 - Qt Solic

1

1

1

0

28 - Qt Autoriz

0

0

0

Manoel Vitor Maciel Bocchi

Dados do Contrato 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 / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd - Via

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq Rel

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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por KESILVA

Data/hora 19/05/2025 10:13:55

Contábil 8940876

Atendimento 8940876

Convênio INST ADVENTISTA-AP

8940876



Atendimento: 8940876 Pedido: 3175907 Ac. Number: 3978041
Registro / Nome: KEROLYN SCHEREIBER
Data de Nascimento: 23/12/2005 Idade: 19 anos, 4 meses e 25 dias Sexo: F
Pedido do Exame: 18/05/2025 21:02 Laudado: 22/05/2025 16:45
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 8940876 Pedido: 3175907 Ac. Number: 3978040
Registro / Nome: KEROLYN SCHEREIBER
Data de Nascimento: 23/12/2005 Idade: 19 anos, 4 meses e 25 dias Sexo: F
Pedido do Exame: 18/05/2025 21:02 Laudado: 22/05/2025 11:08
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 9173319 DATA: 18/05/2025 21:05
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8940876 DT NASC: 23/12/2005 (19A 4M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660819 - KEROLYN SCHEREIBER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/05/2025 20:51 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 PROVENIENTE DO COLEGIO ADVENTISTA DEVIDO A DOR EM TORNOZELO APÓS TRAUMA EM PRATICA DE ATIVIDADE FISICA HOJE
NEGA DEMAIS QUEIXAS NO MOMENTO DA CONSULTA
DOR EM REGIÃO DE MALEOLO LATERAL

EF
NEUROLOGICO OK
VASCULAR OK
PELE INTEGRA
DOR EM MALEOLO LATERAL
ADM LIMITADA POR DOR

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIOS OU LUXAÇÕES

HD LESÃO LIGAMENTAR DO TNZ

PLANO
ANALGESIA
IMOBILIZAÇÃO
ATESTADO MEDICO
RETORNO AMBULATORIAL
GELO LOCAL
A DISPOSIÇÃO

8940876

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[18/05] . 21:05

VISITA HOSPITALAR

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

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

PRESCRIÇÃO.: 9173313 DATA: 18/05/2025 21:02
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8940876 DT NASC: 23/12/2005 (19A 4M 26D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660819 - KEROLYN SCHEREIBER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/05/2025 20:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

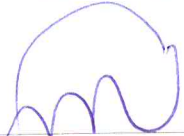
MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8940876

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DIR	1						
2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIR	1						

 CRM 43656

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

