

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Samuel Aguirre da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.225067
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 29277

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/06/2025	16:30:00	Campo de Futebol	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição

Aluno em jogo de futebol no campo. Refere dividida de bola, ocasionando trauma em joelho do MID. Refere dificuldade para movimentar o membro, edema 2+/4+ e algia em região próxima de LCM. Aplicado geloterapia.

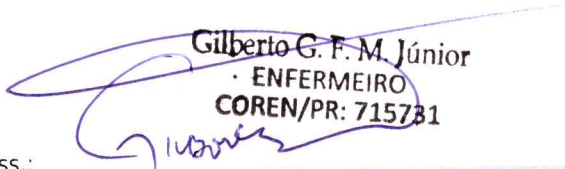
Testemunha da ocorrência	Telefone
Cauan Tonuasso	(44) 3236-8000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Pastor Alan	08/06/2025

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

Encaminho aluno para avaliação ortopédica em HBSM.

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 29277

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 11111	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUCAS SAMUEL AGUIRE DA SILVA	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 LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 3151.7	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/06/2025	23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	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 / 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(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	5 - [Assinatura]	7 - [Assinatura]	9 - [Assinatura]
1 - [Assinatura]	3 - [Assinatura]	6 - [Assinatura]	8 - [Assinatura]	10 - [Assinatura]	
2 - [Assinatura]	4 - [Assinatura]				

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						
68 - Assinatura do Contratado						

Impresso por : GSGFERREIRA

Data/hora : 08/06/2025 20:40:03

Contatado : 8964261

Atendimento : 8964261

Convênio : CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8.9664261

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

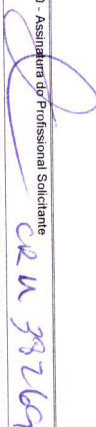
2 - Nº Guia no Prestador 29277

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 11111	9 - Validade da Carteira 11111	10 - Nome LUCAS SAMUEL AGUIRE DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38269	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 08/06/2025		23 - Indicação Clínica			
21 - Caracter do Atendimento 2							
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item de Procedimento 40804054		26 - Descrição RX - Joelho		27 - Ql Solic 1	28 - Ql Autoriz 0

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

Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
32 - Tipo 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 - Trc	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq Rel	49 - Gr Part							

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																																																																																																											
1 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10 - <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																				

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 Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		



Atendimento: 8964261 **Pedido:** 3185993 **Ac. Number:** 3990790
Registro / Nome: LUCAS SAMUEL AGUIRRE DA SILVA
Data de Nascimento: 15/07/2006 **Idade:** 18 anos, 10 meses e 22 dias **Sexo:** M
Pedido do Exame: 08/06/2025 20:55 **Laudado:** 09/06/2025 16:49
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT

RX - JOELHO DIREITO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9211431 DATA: 08/06/2025 20:54
USUÁRIO....: IMCCOLLET
ATENDIMENTO: 8964261 DT NASC: 15/07/2006 (18A 10M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 662042 - LUCAS SAMUEL AGUIRRE DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/06/2025 20:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE QUE UM COLEGA CAIU EM CIMA DO JOELHO DIREITO ENQUANTO JOGAVA FUTEBOL
COM DOR
DEAMBULANDO SEM APOIO

EF: PELE INTEGRAL, EDEMA +/4+, NEUROVASC PRESERVADO

CD:
- RX
- REAV APÓS

8964261

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: AP E P DIR							



Dr. Isabelle Collett
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38269

ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT
CRM-PR: 38269

PRESCRIÇÃO.: 9211440 DATA: 08/06/2025 21:06
USUÁRIO.....: IMCCOLLET
ATENDIMENTO: 8964261 DT NASC: 15/07/2006 (18A 10M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 662042 - LUCAS SAMUEL AGUIRRE DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/06/2025 20:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CHECO RX: SEM SINAIS DE FRATURAS OU DESVIOS

CD:
- ANALGESIA
- ORIENTAÇÕES
- GELO + ELEVACÃO + REPOUSO
- ATESTADO
- ALTA HOSP

8964261

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP) Justificativa.: MPP Obs.: SE DOR	1	AMPOLA	S	EV	AGORA	
neuro						
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO						
3 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM) Obs.: CORRER COM TRAMAL LENTO	1	AMPOLA	S	EV	AGORA	
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ						
	1	AMPOLA				

VISITA HOSPITALAR

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

ISABELLE MARIAH CAMPESTINI COLLETT
CRM-PR: 38269