

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Silveira Xavier
Nº da Carteira: 11.4.207174
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 27563

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/04/2025	16:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava no treino em um jogo de basquete e ao pular o joelho esquerdo se deslocou para esquerda, no momento sentiu uma dor intensa. Apresenta edema e dificuldade de mobilidade. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jeniffer Severo	(53) 9134-8347

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	22/04/2025

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.

Documento assinado digitalmente
gov.br GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JUNIOR
Data: 16/06/2025 08:32:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ass.:

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 27563

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
5128788832

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MATEUS SILVEIRA XAVIER

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
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Cfm: 28684

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
23/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.

1

28 - Q1 Autoriz.

0

Dados do Contratado Excitante

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 - Q1e 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Excitante(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 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

Impresso por APPINHEIRO

Data/Hora 16/06/2025 11:58:07

Controle 8913153

Autorização 8913153

Convênio INST ADVENTISTA/IA/P

8913153



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 27563

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

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

5128788832

MATEUS SILVEIRA XAVIER

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

RAFAEL HOBOLD HIDALGO

06

43100

41

225225

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

24/04/2025

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

22

40814054

RX

Joelho

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente 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(a) Profissional(a) 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

55 - 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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KBBSLIVA

Data/hora: 24/04/2025 08:48:29

Consultar: 8913153

Atendimento: 8913153

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

8913153



Atendimento:	8913153	Pedido:	3164356	Ac. Number:	3963455
Registro / Nome:	MATEUS SILVEIRA XAVIER				
Data de Nascimento:	29/07/2003	Idade:	21 anos, 8 meses e 23 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	23/04/2025 16:34:00			Laudado:	24/04/2025 08:22:17
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - JOELHO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9129509 DATA: 23/04/2025 18:34
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8913153 DT NASC: 29/07/2003 (21A 8M 26D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 625591 - MATEUS SILVEIRA XAVIER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2025 15:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE ENTORSE EM JOLEHO HÁ 4 DIAS, JOGANDO VOLEI. DEAMBULANDO

EFO: NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PRESERVADA

AO RAO-X: SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA OU LUXAÇÃO NO PRESENTE MÉTODO.

CD: ANALGESIA

ORIENTO CUIDADOS E RETIRO TODAS AS DUVIDAS

ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO EM PS/AMBULATORIO SE NECESSÁRIO

ALTA DA ORTOPEDIA

CRM 28684

PLANTAO SAMUEL MACHADO

CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 9129306 DATA: 23/04/2025 16:34
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8913153 DT NASC: 29/07/2003 (21A 8M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 625591 - MATEUS SILVEIRA XAVIER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2025 15:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

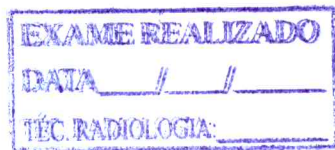
MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8913153

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1						
Justificativa.: DOR								



cem 28684
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84