

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

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



Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 27563.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/06/2025	16:55:15	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

Jeniffer Severo

Telefone

(53) 9134-8347

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania Pazette

Data

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

Motivo do Retorno

Autorização de consulta conforme solicitação médica, com o ortopedista especialista em joelho, Dr. Pedro em 05/06/2025 às 14h.

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

2 - Nº Guia no Prestador 27563001

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Sentença	6 - Data Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
-------------------------	--------------	-------------------------------	--

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
5128788832		MATEUS SILVEIRA XAVIER		N

13 - Código da Operadora	23876304000112	14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
15 - Nome do Profissional Solicitante	PEDRO FATTURI MORETZ SOHN	16 - Conselho Profissional	06	17 - Número no Conselho	36954	18 - UF	41	19 - Código CBO	225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/06/2025
	23 - Indicação Clínica
27 - OI Solic	28 - OI Autoriz

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Situação	28 - Situação
1	22	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	1	0

29 - Código na Operadora 238763040000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNEIS 9365230
---	---	------------------------------

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	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red/ Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

	56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- _____	_____	_____
2- _____	_____	_____
3- _____	_____	_____
4- _____	_____	_____
5- _____	_____	_____
6- _____	_____	_____
7- _____	_____	_____
8- _____	_____	_____
9- _____	_____	_____
10- _____	_____	_____

59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPIE (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..... : 8961842 **Prontuário:** 625591 **SAME:** 625591 **Hora Atend:** 14:17 **Data Atend:** 05/06/2025
Paciente..... : MATEUS SILVEIRA XAVIER **Idade:** 21 a
Endereço..... : RUA VILELA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/06/2025 **Hora Saída :** 15:34

Prestador da Evolução Médica: 8443 **PEDRO FATTURI MORETZ SOHN**

HDA

PACIENTE REFERE LESÃO DE LCA COM ROTURA HÁ APROXIMADAMENTE 1 ANO EM JOELHO ESQUERDO
, COM NOVA ENTORSE HÁ APROXIMADAMENTE 45 DIAS

EXAME FISICO

EDEMA 2+/4+
LACHMAN 3+/4+
GAVETA ANTERIRO 3+/4+

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO DE LCA + LESÕES INTERNAS DE JOELHO

TRATAMENTO

SOLICITO NOVA RNM DEVIDO AO TRAUMA



PEDRO FATTURI MORETZ SOHN / 36954
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA