

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

8958455

Aluno: Nicole de Avila Rosa
Nº da Carteira: 11.4.198478
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 19/04/2005

Nº da Guia: 28471.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/06/2025	17:32:33	Campo	trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade no trillife e ao se deslocar de uma prova para outra pisou em um buraco, torcendo o tornozelo D. Relata dor intensa no local. Apresenta edema e dificuldade de mobilidade. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Camilly Souza	(51) 98991-2657

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

Motivo do Retorno

Autorização de retorno conforme solicitação médica com o Dr. Wesley em 03/06/25 às 07/20h

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 28471001

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 Atribuída pelo Operadora
----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 456	9 - Validade da Carteira	10 - Nome NICOLE DE AVILA ROSA	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 WESLEY GUIDI SECCO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 23975	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados	21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 03/06/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
--	-----------------------------------	--	------------------------	---	--	----------------------	------------------------

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	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento	41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Ref. / 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 do 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 OPMs (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..... : 8958455 **Prontuário:** 660820 **SAME:** 660820 **Hora Atend:** 07:07 **Data Atend:** 03/06/2025
Paciente..... : NICOLE DE AVILA ROSA **Idade:** 20 a
Endereço..... : ZONA RURAL
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 03/06/2025 **Hora Saída :** 07:22

Prestador da Evolução Médica: 1583 **WESLEY GUIDI SECCO**

HDA

entorse de tornozleo

EXAME FISICO

estabilidade ok

DIAGNOSTICO - HISTORICO

entorse

TRATAMENTO

analgesia
fst
retrono