

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Caio Scalcon Gonçalves
Nº da Carteirinha: 4.31.4285
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 27/06/2011 **Nº da Guia:** 29134

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/06/2025	11:11:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Aluno se chocou com outro aluno durante uma atividade de basquete e machucou o joelho.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

04/06/2025

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

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 - N° Guia no Prestador 8960724

1 - Registro ANS 0000000	3 - Nr Guia Principal
-----------------------------	-----------------------

4 - Data de Autorização	5 - Semáforo	6 - Data Validade da Semáforo	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	--------------	-------------------------------	---

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
43142285		CAIO SCALCON GONCALVES	8980039	N

13 - Código da Operadora	23876304000112					14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
15 - Nome do Profissional Solicitante	PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA					16 - Conselho Profissional	06				
Dados da Solicitação e Procedimentos e Exames Solicitados						17 - Número no Conselho	388.50				
21 - Caráter do Atendimento	2					18 - UF	41				
22 - Data da Solicitação	05/06/2025					19 - Código CBO	225124				
						20 - Assinatura do Profissional Solicitante	CPA 45615				
						23 - Indicação Clínica					

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt Solic	28 - Qt Autoriz
1	22	10101039 Consulta em pronto socorro	1	0

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

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

[illegible]

Identificação do Profissional(s) Excedente(s)	49 - Setor	50 - Código na operacional/CF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
	49 - Gr. Ref						

[illegible]

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPRM (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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 29134

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

43142285

9 - Validade da Carteira

CAIO SCALCON GONCALVES

10 - Nome

CAIO SCALCON GONCALVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

8980039

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

PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

388.50

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Carla H. S. G. S.

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 40804054

25 - Código do Procedimento

RX - Joelho

27 - Ql. Solic.

2

28 - Ql. 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

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 - Téc.

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

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: CFSILVA

Data/Hora: 05/06/2025 01:58:28

Contato/Lote: 8960724

Atendimento: 8960724

Convênio: INST ADVENTISTA/IAAP

8960724



Atendimento:	8960724	Pedido:	3184434	Ac. Number:	3988867
Registro / Nome:	CAIO SCALCON GONCALVES				
Data de Nascimento:	27/06/2011	Idade:	13 anos, 11 meses e 7 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	04/06/2025 18:32			Laudado:	05/06/2025 15:33
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JOAO GABRIEL PORFIRIO				

RX - JOELHO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Articulação femorotibial apresenta espaço articular preservado e estruturas ósseas adjacentes com aspecto esperado.

Articulação patelofemoral com anatomia normal.

MATHEUS LAZARI DE MELLO
CRM- PR: 53295


AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9204682 DATA: 04/06/2025 18:31
USUÁRIO....: JGPORFIRIO
ATENDIMENTO: 8960724 DT NASC: 27/06/2011 (13A 11M 9D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 312104 - CAIO SCALCON GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2025 15:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8960724

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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



CRM 45615
JOAO GABRIEL PORFIRIO
CRM-PR: 45615



Atendimento:	8960724	Pedido:	3184415	Ac. Number:	3988846
Registro / Nome:	CAIO SCALCON GONCALVES				
Data de Nascimento:	27/06/2011	Idade:	13 anos, 11 meses e 7 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	04/06/2025 17:25			Laudado:	05/06/2025 15:32
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA				

RX - JOELHO DIREITO (AP/PERFIL)

Articulação femorotibial apresenta espaço articular preservado e estruturas ósseas adjacentes com aspecto esperado.

Articulação patelofemoral com anatomia normal.

Tuberosidade tibial fragmentada com leve aumento anterior dos tecidos moles, consistente com a doença de Osgood-Schlatter se no adequado contexto clínico.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9204573 DATA: 04/06/2025 17:23
USUÁRIO....: PATLIMA
ATENDIMENTO: 8960724 DT NASC: 27/06/2011 (13A 11M 9D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 312104 - CAIO SCALCON GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2025 15:36 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8960724

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1 SINAIS VITAIS

AGORA

Obs.: AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

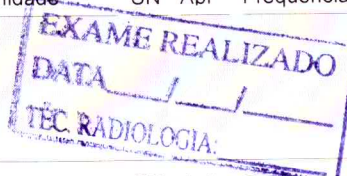
Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

2 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D

1

Justificativa.: TRAUMA EM JOELHO DIIREITO

Obs.: TRAUMA EM JOELHO DIIREITO



VISITA HOSPITALAR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

3 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

1

Dr. Amilton T. Lima
Pediatra
PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA
CRM 188850
ROB 27301

PRESCRIÇÃO.: 9204765 DATA: 04/06/2025 19:42
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8960724 DT NASC: 27/06/2011 (13A 11M 9D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 312104 - CAIO SCALCON GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2025 15:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR EM JOELHO DIREITO APOS TRAUMA DIRETO, REFERE DOR CRONICA EM MESMO REGIAO COM PIORA APÓS QUEDA

AO EFO
PELE INTEGRAL
AUSENCIA DE EDEMA OU EQUIMOSE
ADM PRESERVADA
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE FRATURA

HD: OSGOOD SCHALATTER

CD
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO
RETORNO PRECOCE SN

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771