

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

8958458

**Aluno:** Kerolyn Schreiber**Nº da Carteirinha:** 11.4.208955**Instituição:** FAP - Ensino Superior**Data de Nascimento:** 23/12/2005**Nº da Guia:** 28470.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/06/2025	17:30:55	Campo	TRILLIFE

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade de escorregar na lona no Trillife e escorregou torcendo o tornozelo D, relata dor intenso no momento da torção. Apresenta edema no tornozelo D e dificuldade de mobilidade. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Brenda Ribas	(42) 99905-3751

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 consulta conforme solicitação médica com o especialista Dr. Wesley agendado para 03/06/25 às 07:15h

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 28470001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RH
123			KEROLYN SCHEREIBER		N

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	WESLEY GUIDI SECCO	06	23975	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic	28 - Q1 Autoriz
	1	03/06/2025		1	22	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	1	0

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
	23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9366230

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(a) Profissional(s) 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
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 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8958458 **Prontuário:** 660819 **SAME:** 660819 **Hora Atend:** 07:08 **Data Atend:** 03/06/2025
Paciente..... : KEROLYN SCHEREIBER **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA 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 :** 07:19

Prestador da Evolução Médica: 1583 WESLEY GUIDI SECCO

HDA

entorse de tornozwleo

EXAME FISICO

estabilidade ok

DIAGNOSTICO - HISTORICO

etabilaide ok

TRATAMENTO

fst
retrono