

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 19/04/2005

Nº da Guia: 28471

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/05/2025	18:00:00	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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta, preceptora de plantão ciente.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

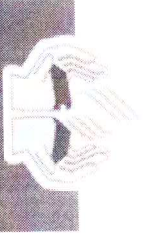
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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 **28470**

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

6 - Data Validade da Serinha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

12 - Atendimento a RN
N

5 - Serinha

10 - Nome
NICOLE DE AVILA ROSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

456

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz.

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

43656

41

226270

226270

1

0

15 - Nome do Profissional Solicitante
MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

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.

29 - Q1 Solic

30 - Q1 Autoriz.

31 - Q1 Solic

32 - Q1 Autoriz.

33 - Q1 Solic

34 - Q1 Autoriz.

35 - Q1 Solic

36 - Q1 Autoriz.

37 - Q1 Solic

38 - Q1 Autoriz.

39 - Q1 Solic

40 - Q1 Autoriz.

2

18/05/2025

2

18/05/2025

Consulta em pronto socorro

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. 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\$)

48 - Q1e

49 - Via

50 - Tec.

51 - % Red / Acresc.

52 - Valor Unitário (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Q1e

55 - Via

56 - Tec.

57 - % Red / Acresc.

58 - Valor Unitário (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Q1e

61 - Via

62 - Tec.

63 - % Red / Acresc.

64 - Valor Unitário (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

66 - Q1e

67 - Via

68 - Tec.

69 - % Red / Acresc.

70 - Valor Unitário (R\$)

71 - Valor Total (R\$)

72 - Q1e

73 - Via

74 - Tec.

75 - % Red / Acresc.

76 - Valor Unitário (R\$)

77 - Valor Total (R\$)

78 - Q1e

79 - Via

80 - Tec.

81 - % Red / Acresc.

82 - Valor Unitário (R\$)

83 - Valor Total (R\$)

84 - Q1e

85 - Via

86 - Tec.

87 - % Red / Acresc.

88 - Valor Unitário (R\$)

89 - Valor Total (R\$)

90 - Q1e

91 - Via

92 - Tec.

93 - % Red / Acresc.

94 - Valor Unitário (R\$)

95 - Valor Total (R\$)

96 - Q1e

97 - Via

98 - Tec.

99 - % Red / Acresc.

100 - Valor Unitário (R\$)

101 - Valor Total (R\$)

102 - Q1e

103 - Via

104 - Tec.

105 - % Red / Acresc.

106 - Valor Unitário (R\$)

107 - Valor Total (R\$)

108 - Q1e

109 - Via

110 - Tec.

111 - % Red / Acresc.

112 - Valor Unitário (R\$)

113 - Valor Total (R\$)

114 - Q1e

115 - Via

116 - Tec.

117 - % Red / Acresc.

118 - Valor Unitário (R\$)

119 - Valor Total (R\$)

120 - Q1e

121 - Via

122 - Tec.

123 - % Red / Acresc.

124 - Valor Unitário (R\$)

125 - Valor Total (R\$)

126 - Q1e

127 - Via

128 - Tec.

129 - % Red / Acresc.

130 - Valor Unitário (R\$)

131 - Valor Total (R\$)

132 - Q1e

133 - Via

134 - Tec.

135 - % Red / Acresc.

136 - Valor Unitário (R\$)

137 - Valor Total (R\$)

138 - Q1e

139 - Via

140 - Tec.

141 - % Red / Acresc.

142 - Valor Unitário (R\$)

143 - Valor Total (R\$)

144 - Q1e

145 - Via

146 - Tec.

147 - % Red / Acresc.

148 - Valor Unitário (R\$)

149 - Valor Total (R\$)

150 - Q1e

151 - Via

152 - Tec.

153 - % Red / Acresc.

154 - Valor Unitário (R\$)

155 - Valor Total (R\$)

156 - Q1e

157 - Via

158 - Tec.

159 - % Red / Acresc.

160 - Valor Unitário (R\$)

161 - Valor Total (R\$)

162 - Q1e

163 - Via

164 - Tec.

165 - % Red / Acresc.

166 - Valor Unitário (R\$)

167 - Valor Total (R\$)

168 - Q1e

169 - Via

170 - Tec.

171 - % Red / Acresc.

172 - Valor Unitário (R\$)

173 - Valor Total (R\$)

174 - Q1e

175 - Via

176 - Tec.

177 - % Red / Acresc.

178 - Valor Unitário (R\$)

179 - Valor Total (R\$)

180 - Q1e

181 - Via

182 - Tec.

183 - % Red / Acresc.

184 - Valor Unitário (R\$)

185 - Valor Total (R\$)

186 - Q1e

187 - Via

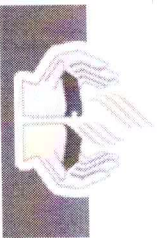
188 - Tec.

189 - % Red / Acresc.

190 - Valor Unitário (R\$)

191 - Valor Total (R\$)

192 - Q1e



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

2 - Nº Guia no Prestador 28470

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Vaidade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41

225270

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

21/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 ou Item Assistencial

2 22 40804089

26 - Descrição
RX - Articulacao tibiotalarica (tornozelo)
RX - Pe ou pododactillo

27 - Qt Solic

1 0

28 - Qt Autoriz

0 0

Dados do Contratado 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 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - GI 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gari (R\$)



Atendimento:	8940881	Pedido:	3175906	Ac. Number:	3978039
Registro / Nome:	NICOLE DE AVILA ROSA				
Data de Nascimento:	19/04/2005	Idade:	20 anos, 0 mês e 29 dias	Sexo:	F
Pedido do Exame:	18/05/2025 21:02	Laudado: 21/05/2025 09:36			
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 8940881 **Pedido:** 3175906 **Ac. Number:** 3978038
Registro / Nome: NICOLE DE AVILA ROSA
Data de Nascimento: 19/04/2005 **Idade:** 20 anos, 0 mês e 29 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 18/05/2025 21:02 **Laudado:** 21/05/2025 09:35
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 9173311 DATA: 18/05/2025 21:02
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8940887 DT NASC: 19/04/2005 (20A OM 30D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660820 - NICOLE DE AVILA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/05/2025 20:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

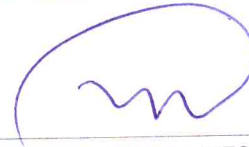
8940881

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
	Justificativa.: dir							
2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)	1						
	Justificativa.: dir							

EXAME REALIZADO
DATA: / /
TÉC. RADIOLOGIA:

 CRM 43656

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

PRESCRIÇÃO.: 9173324 DATA: 18/05/2025 21:12
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO.: 8940881 DT NASC: 19/04/2005 (20A 0M 30D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660820 - NICOLE DE AVILA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/05/2025 20:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE PROVENIENTE DO COLEGIO ADVENTISTA DEVIDO A DOR EM TORNOZELO APÓS TRAUMA EM PRATICA DE
ATIVIDADE FISICA HOJE
NEGA DEMAIS QUEIXAS NO MOMENTO DA CONSULTA
DOR EM REGIÃO DE MALEOLO LATERAL

EF
NEUROLOGICO OK
VASCULAR OK
PELE INTEGRAL
DOR EM MALEOLO LATERAL
ADM LIMITADA POR DOR

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIOS OU LUXAÇÕES

HD LESÃO LIGAMENTAR DO TNZ

PLANO
ANALGESIA
IMOBILIZAÇÃO
ATESTADO MEDICO
RETORNO AMBULATORIAL
GELO LOCAL
A DISPOSIÇÃO

8940881

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

 CRM 43656

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656