

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gustavo do Amaral Gonçalves  
**Nº da Carteira:** 4.31.4283  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



**Data de Nascimento:** 03/01/2008

**Nº da Guia:** 11735

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/06/2023	08:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

## Descrição

Aluno caiu na educação física batendo a mão no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	06/06/2023

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

O aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar, que forneceu gelo e pomada. Foi feito contato com responsável.

Ass.: \_\_\_\_\_

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

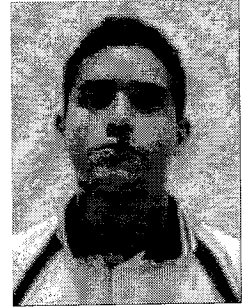
**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br)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



**Sistema Secretaria Escolar**  
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4  
**Ficha Cadastral / Matrícula**

<b>Dados do Aluno</b>		Ano: <b>2023</b>	Data Matrícula: <b>06/09/2022</b>
Nome: <b>Gustavo do Amaral Gonçalves (4283 )</b>		Curso: <b>1ª Ano - Ensino Médio</b>	Turma: <b>EM1MB</b>
Sexo: <b>M</b>	Data Nascimento: <b>03/01/2008</b>	Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	Turno: <b>M</b>
Naturalidade: <b>Maringá</b>	UF: <b>PR</b>	Estado Civil: <b>Solteiro</b>	
Endereço: <b>Rua Ataulfo Alves, 1272</b>		Complemento:	
Bairro: <b>Conjunto Residencial Cidade Alta</b>	Cidade: <b>Maringá</b>	UF: <b>PR</b> CEP: <b>87053-070</b>	
Cert. Nascimento: <b>110634</b>			
Cert. Nascimento Livro: <b>A - 349</b>	Cert. Nascimento Folha: <b>98</b>		
Cert. Nascimento Termo: <b>110634</b>			
Cert. Nascimento Cartório: <b>1º Ofício - Nagib Neme</b>			
Cert. Nascimento Cidade: <b>PR</b>			Cert. Nascimento UF: <b>PR</b>
Identidade: <b>155821450</b>	O.Exp: <b>SSP</b> UF: <b>PR</b> Data: <b>04/04/2019</b>	CPF: <b>123200829-05</b>	INEP <b>122695343875</b>
E-Mail: <b>aninhaamaralgustavo17@gmail.com</b>	Cor/ Raça: <b>parda</b>	Religiao: <b>Adventista do Sétimo Dia</b>	
Tipo de Sangue/Fator RH:	Convênio:	Nº:	
Telefones: <b>Comercial: 44 39011776  </b>			
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem: <b>Sim</b>		



<b>Dados do Pai</b>					
CPF:	Nome: <b>Nilton Gonçalves</b>		Naturalidade:	Nacionalidade:	
Nascimento:	Estado Civil:	Identidade:	O. Exp:	UF:	Data Emissão:
Grau de Instrução:	Endereço:				
Complemento:	Bairro:	Cidade:		UF:	CEP:
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:			
Telefones:					

<b>Dados da Mãe</b>					
CPF: <b>045478369-81</b>	Nome: <b>Ana Maria Denardes do Amaral Gonçalves</b>		Naturalidade: <b>Cruzeiro do Oeste - PR</b>	Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	
Nascimento: <b>17/04/1984</b>	Estado Civil: <b>Casado</b>	Identidade: <b>8.887.933-3</b>	O. Exp: <b>SSP</b>	UF: <b>PR</b>	Data Emissão: <b>29/11/1999</b>
Grau de Instrução: <b>Superior incompleto</b>	Endereço: <b>Rua Ataulfo Alves, 1272</b>				
Complemento:	Bairro: <b>Conjunto Residencial Cidade</b>	Cidade: <b>Maringá</b>		UF: <b>PR</b>	CEP: <b>87053-070</b>
Cx. Postal:	E-Mail: <b>aninhaamaralgustavo0330@gmail.com</b>	Religião: <b>Adventista do Sétimo Dia</b>			Igreja: <b>Jardim Tabaete (I)</b>
Telefones: <b>Celular: 44998149711  </b>					

<b>Dados do Responsável Legal</b>					
CPF: <b>045478369-81</b>	Nome: <b>Ana Maria Denardes do Amaral Gonçalves</b>		Naturalidade: <b>Cruzeiro do Oeste - PR</b>	Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	
Nascimento: <b>17/04/1984</b>	Estado Civil: <b>Casado</b>	Identidade: <b>8.887.933-3</b>	O. Exp: <b>SSP</b>	UF: <b>PR</b>	Data Emissão: <b>29/11/1999</b>
Grau de Instrução: <b>Superior incompleto</b>	Endereço: <b>Rua Ataulfo Alves, 1272</b>				
Complemento:	Bairro: <b>Conjunto Residencial Cidade</b>	Cidade: <b>Maringá</b>		UF: <b>PR</b>	CEP: <b>87053-070</b>
Cx. Postal:	E-Mail: <b>aninhaamaralgustavo0330@gmail.com</b>	Religião: <b>Adventista do Sétimo Dia</b>			Igreja: <b>Jardim Tabaete (I)</b>
Telefones: <b>Celular: 44998149711  </b>					

<b>Dados do Responsável Financeiro</b>					
CPF: <b>045478369-81</b>	Nome: <b>Ana Maria Denardes do Amaral Gonçalves</b>		Naturalidade: <b>Cruzeiro do Oeste - PR</b>	Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	
Nascimento: <b>17/04/1984</b>	Estado Civil: <b>Casado</b>	Identidade: <b>8.887.933-3</b>	O. Exp: <b>SSP</b>	UF: <b>PR</b>	Data Emissão: <b>29/11/1999</b>
Grau de Instrução: <b>Superior incompleto</b>	Endereço: <b>Rua Ataulfo Alves, 1272</b>				
Complemento:	Bairro: <b>Conjunto Residencial Cidade</b>	Cidade: <b>Maringá</b>		UF: <b>PR</b>	CEP: <b>87053-070</b>
Cx. Postal:	E-Mail: <b>aninhaamaralgustavo0330@gmail.com</b>	Religião: <b>Adventista do Sétimo Dia</b>			Igreja: <b>Jardim Tabaete (I)</b>
Telefones: <b>Celular: 44998149711  </b>					

<b>Deferimento</b>
Data: ___/___/___
[ ] Deferido [ ] Indeferido
_____ Adriano Michael Gomes Administrador Escolar - Ato nº Ata Nom. 004/2023

\_\_\_\_\_  
Cássia de Sousa Barbosa  
Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.  
1.116.609/16

\_\_\_\_\_  
Responsável



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - Nº Guia no Prestador **11735**

Folha: 1 / 1

1 - Requisito AHS <b>000000</b>	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Sentia	7 - Numero da Guia Arbitrado pelo Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sentia		

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira <b>4314283</b>	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <b>GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES</b>	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
-----------------------	--	--------------------------	---	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora <b>23876304000112</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES</b>	16 - Consente Profissional <b>06</b>	17 - Numero no Conselho <b>35946</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225225</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante  <b>CRM 32982</b>
----------------------	---	--	---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Categoria do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>07/06/2023</b>	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela <b>22</b>	25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico <b>10101039</b>	26 - Descrição <b>Consulta em pronto socorro</b>	27 - Ql. Solic. <b>1</b>	28 - Ql. Autoriz. <b>0</b>
---	---	---	------------------------	--------------------------	---	---	-----------------------------	-------------------------------

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

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Adesão (adesão ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Expediente / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data <b>38</b>	37 - H- Inicial <b>37</b>	38 - H- Final <b>38</b>	39 - Tabela <b>39</b>	40 - Código do Procedimento <b>40</b>	41 - Descrição <b>41</b>	42 - Qlido <b>42</b>	43 - Via <b>43</b>	44 - Tec. <b>44</b>	45 - % Fed / Acres. <b>45</b>	46 - Valor Unitário (R\$) <b>46</b>	47 - Valor Total (R\$) <b>47</b>
---	------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------	--	-----------------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Escrutinado(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
---	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

66 - Data de Realização do Procedimento em Série	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
1 - <input type="checkbox"/>	2 - <input type="checkbox"/>	3 - <input type="checkbox"/>
4 - <input type="checkbox"/>	5 - <input type="checkbox"/>	6 - <input type="checkbox"/>
7 - <input type="checkbox"/>	8 - <input type="checkbox"/>	9 - <input type="checkbox"/>
10 - <input type="checkbox"/>	11 - <input type="checkbox"/>	12 - <input type="checkbox"/>

69 - Observação / Justificativa	70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	71 - Total Taxas de Materiais (R\$)	72 - Total de OPME (R\$)	73 - Total de Medicamentos (R\$)	74 - Total Gases Medicinaria (R\$)	75 - Total Geral (R\$)
---------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

Impresso por: RFTFRASSI      Data/Hora: 07/06/2023 07:51:16      Contato: 071 7791555      Atendimento: 7791555      Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

**\*7791555\***



**Atendimento:** 7791555    **Pedido:** 2760107    **Ac. Number:** 3450142  
**Registro / Nome:** GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES  
**Data de Nascimento:** 03/01/2008    **Idade:** 15 anos, 5 meses e 3 dias    **Sexo:** M  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 06/06/2023 12:52:00    **Laudado:** 09/06/2023  
07:57:17  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** IVAN SANTINI SILVA

**RX - PUNHO DIREITO (AP/PERFIL)**

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



**Atendimento:** 7791555    **Pedido:** 2760107    **Ac. Number:** 3450141  
**Registro / Nome:** GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES  
**Data de Nascimento:** 03/01/2008    **Idade:** 15 anos, 5 meses e 3 dias    **Sexo:** M  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 06/06/2023 12:52:00    **Laudado:** 09/06/2023  
07:57:03  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** IVAN SANTINI SILVA

**RX - MÃO DIREITA (AP/OBLIQUO)**

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7563673 DATA: 06/06/2023 12:50  
USUÁRIO....: ISSILVA  
ATENDIMENTO: 7791555 DT NASC: 03/01/2008 (15A 5M 3D)  
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 382344 - GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/06/2023 11:39 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE  
EVOLUINDO COM DOR EM REGIAO DE PUNHO DIREITO

EFO  
PELE INTEGRAL / DOR A PALPAÇÃO DE TABAQUEIRA ANATOMICO / DOR A FLEXAO E EXTENSAO DE PUNHO DIREITO /  
ADM DOLOROSA / NEUROVASCULAR PRESERVADO / AUSENCIA DE CREPTAÇÕES

RX  
REAVALIAÇÃO

**\*7791555\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS Justificativa.: DIREITA - INCIDENCIAS P/ ESCAFOIDE	1					06/06/23	
2 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS Justificativa.: DIREITO	1					06/06/23	

#### VISITA HOSPITALAR

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

IVAN SANTINI SILVA  
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 7563856 DATA: 06/06/2023 13:53  
USUÁRIO.....: ISSILVA  
ATENDIMENTO: 7791555 DT NASC: 03/01/2008 (15A 5M 3D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 382344 - GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/06/2023 11:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

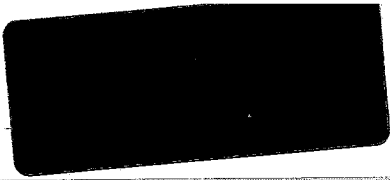
RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA E OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PT  
ALTA COM ANALGESIA  
ATESTADO  
ORIENTAÇÕES GERAIS  
ANALGESIA



IVAN SANTINI SILVA  
CRM-PR: 32982





Antes

Dados do Atendimento

Atendimento: 7791555      Data/Hora: 06/06/2023 11:39      Prioridade: Baixa  
Paciente: 382344 - GUSTAVO DO AMARAL GONCALVES      Sexo: M      Nasc.: 03/01/2008 (15a 5m 3d)  
Prestador: 6345 - PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES      Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL  
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM      Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento?    Sim     Não       Retorno com a mesma queixa?    Sim     Não

Queixa principal:    RELATA QUEDA DE MESMO NIVEL DURANTE ED. FÍSICA HOJE - ALGIA EM MÃO DIREITA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99% DOR 3 FR 18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 73 mmHG    Pulso: 63 bpm    Temperatura: 36,1 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Menarca:	Bebe Álcool?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Últ. Menstruação:	Fumante?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Nº de Partos:	Dor?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico?    Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Cidade:	UF:    Hospital: VERDE

Outros

Tratamento?    Sim     Não     Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: