

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Paiva da Silva
Nº da Carteirinha: 11.1.12726
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 24/02/2008

Nº da Guia: 24607

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/02/2025	20:40:00	Ginásio	Treino da Seleção

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava participando do treino da seleção e ao receber uma bola o dedo virou para trás, relata dor intensa no momento do impacto. Apresenta edema e equimose no local. aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência

Prof Paulo

Telefone

(44) 9981-2241

Quem prestou primeiros socorros

Enfª Joserlania Pazette

Data

25/02/2025

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Comunicado preceptor de plantão.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
CRM-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.abc.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 24607

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Sempre

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia Autentico pela Operadora

8 - Nome do Contratado

11112726

9 - Verificação da Carteira

GABRIEL PAIVA A SILVA

10 - Nome do Centro Nacional de Saúde

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

IVAN CESAR TANAKA KUSSANO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

029159

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante



21 - Códigos do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Faltas

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data de Realização

28 - Q1 Automa

1

22

40803120

RX - Mão ou quilodactilite

Dados do Contrato Operacional

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEB

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Solicitados

36 - Data

37 - Horário

38 - Tipo de Procedimento

39 - Descrição

40 - Valor Unitário (R\$)

41 - Valor Total (R\$)

42 - CBO

43 - Voz

44 - TCC

45 - St. Rod. / Acesso

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Responsável

48 - Sig. Prof.

49 - C.R. Prof.

50 - Código de Registro no CFP

51 - Nome do Profissional

52 - CBO

53 - Valor Unitário (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Código CNEB

56 - Valor Unitário (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Data de Realização do Procedimento em Série

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Profissional

62 - Assinatura do Profissional

63 - Assinatura do Profissional

64 - Assinatura do Profissional

65 - Assinatura do Profissional

66 - Assinatura do Profissional

67 - Assinatura do Profissional

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional

Impresso em 12/02/2025

Quantidade 25000000 21 02 02

CNPJ 08 8847316

Autenticação 8847316

Contrato 01 8847316 0187A 0187A 0187A

8847316

Folha: 1 / 1

Downloaded from tcrp.sagepub.com at
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY
on June 11, 2015

8847316



Atendimento:	8847316	Pedido:	3139889	Ac. Number:	3932901
Registro / Nome:	GABRIEL PAIVA A SILVA				
Data de Nascimento:	24/02/2008	Idade:	17 anos, 0 mês e 2 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/02/2025 13:34:00			Laudado:	05/03/2025 12:43:32
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA				

RX - MÃO ESQUERDA AP/OBL

Estruturas ósseas integras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares integros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9033589 DATA: 26/02/2025 16:34
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8847316 DT NASC: 24/02/2008 (17A 0M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 613627 - GABRIEL PAIVA A SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2025 12:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: IVAN CESAR TANAKA KUSSANO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO

CD
ANALGESIA
GELO
REPOUSO
ATESTADO
RETORNO SN

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

Ar
26771

PRESCRIÇÃO.: 9033289 DATA: 26/02/2025 13:33
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8847316 DT NASC: 24/02/2008 (17A 0M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 613627 - GABRIEL PAIVA A SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2025 12:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: IVAN CESAR TANAKA KUSSANO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA DIRETO 5º QDE JOGANDO BOLA, DOR LOCAL

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA LEVE
ADM DOLOROSA

CD
RX

8847316

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: ESQ - 5º QDE						

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

CRM

26771

EXAME REALIZADO
DATA ____/____/____
TÉC. RADIOLOGIA: ____