

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara Noveli Garcia
Nº da Carteirinha: 11.1.8769
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 12/05/2013

Nº da Guia: 27206

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2025	10:26:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto, Antebraço Direito

Descrição
Aluna no pátio da escola refere ter tropecado em mochila e caiu chocando-se em parede. Refere impacto em região frontal do rosto e pulso direito. Refere leve algia em região frontal, nega vômito, enjoo, vertigem ou perda de consciência. Pupilas isofotorreagentes, ECG = 15. Refere algia em região radial D com leve limitação do movimento e edema.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Camila	(44) 3236-8001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto	09/04/2025

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
Realizo imobilização do MSD com atadura. Encaminho para avaliação médica. Solicito contato com os pais/responsáveis para encaminhar para avaliação médica. Realizado orientações sobre reembolso. Caso surgirem dúvidas, entrar em contato com enfermeiro Gilberto (51) 98270-3529.

Ass.: 
Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Para ratificação favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a ratura 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 27206

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 1118769	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANA CLARA NOVELL GARCIA	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde 707408025970378	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 HEMINE HUSSEEM SALEM	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 036103	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 09/04/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Q1 Solic. 1	28 - Q1 Autoriz. 0
--	-----------------------------------	--	------------------------	---	--	---------------------	-----------------------

Dados do Contrato Excusante	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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q1de	43 - Via	44 - Têc	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	---------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(s)	48 - Seq. Ref	49 - Gr. Pat	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero 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 O.P.M.E. (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
---	--	-------------------------------

88.984,38

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

2 - Nº Guia no Prestador 27206

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

118769

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CLARA NOVELI GARCIA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
707408025970378

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 JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional

06 34162

17 - Número no Conselho

41 225124

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

18/04/2025

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.

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 - Q1e 43 - Via

44 - Tec

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 operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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: EPSANTOS

Data/Hora: 18/04/2025 10:22:44

Contat/Lote: 8898438

Atendimento: 8898438

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

88.984.38



Atendimento:	8898438	Pedido:	3158457	Ac. Number:	3956182
Registro / Nome:	ANA CLARA NOVELI GARCIA				
Data de Nascimento:	12/05/2013	Idade:	11 anos, 10 meses e 26 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/04/2025 15:08:00			Laudado:	17/04/2025 14:48:07
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO PAULO DA SILVA SANTOS				

RX - CRÂNIO AP/P

Estruturas ósseas craniana com morfologia e textura usuais.

Impressões vasculares e cerebrais normais.

Ausência de calcificações patológicas intracranianas.

Sela túrcica normal.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8898438	Pedido:	3158457	Ac. Number:	3956183
Registro / Nome:	ANA CLARA NOVELI GARCIA				
Data de Nascimento:	12/05/2013	Idade:	11 anos, 10 meses e 26 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/04/2025 15:08:00			Laudado:	17/04/2025 10:53:26
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO PAULO DA SILVA SANTOS				

RX - PUNHO DIREITO AP/P

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8898438 **Prontuário:** 434871 **SAME:** **Hora Atend:** 14:19 **Data Atend:** 09/04/2025
Paciente..... : ANA CLARA NOVELI GARCIA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ELIAS VIUDES SANCHES
Bairro..... : DISTRITO DE FLORIANO (FLORIANO)
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87105042
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 16:21
Data Saída..... : 09/04/2025

Prestador da Evolução Médica: 6182 **PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS**

HDA

RX DE PUNHO E CRANIO SEM ALT

DIAGNOSTICO

TCE LEVE
DOR NO PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE

TRATAMENTO

ALTA COM SINTOAMTICOS

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS / 34162
PEDIATRIA



PRESCRIÇÃO.: 9105774 DATA: 09/04/2025 15:07
USUÁRIO....: PJPSSANTOS
ATENDIMENTO: 8898438 DT NASC: 12/05/2013 (11A 10M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 434871 - ANA CLARA NOVELI GARCIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/04/2025 14:19 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8898438

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS Justificativa.: TRAUMA. PUNHO DIREITO	1					
2 RX CRANIO CRANIO P.A - LAT Justificativa.: TRAUMA	1					

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	40	GOTAS		VO	AGORA	[09/04] 15:07

VISITA HOSPITALAR

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

Dr. João Paulo da S. Santos
Pediatra
CRM-PR 34162/RQE 25792

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR: 34162



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8898438 **Prontuário:** 434871 **SAME:** **Hora Atend:** 14:19 **Data Atend:**09/04/2025
Paciente..... : ANA CLARA NOVELI GARCIA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ELIAS VIUDES SANCHES
Bairro..... : DISTRITO DE FLORIANO (FLORIANO)
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87105042
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/04/2025 **Hora Saída :** 16:21

Prestador da Evolução Médica: 6182 **PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS**

HDA

paciente com QUEDA DA PRORPIA ALTURA HA 4 HORAS NA ESCOLA, TCE COM FRONTE NA PAREDE E PULSO DIREITO COM DOR.

EXAME FISICO

FACE: PRESENÇA DE LEVE HEMATOMA FRONTAL.
PUNHO: LEVE EDEMA, SEM DESVIOS

DIAGNOSTICO

TCE LEVE
DOR NO PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE

TRATAMENTO

RX DE CRANO E PUNHO DIREITO