

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Arthur Rodrigues Lourenço
Nº da Carteira: 11.1.12731
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/06/2010

Nº da Guia: 26986.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	14:56:17	Sala de Aula	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
Aluno relata que estava no intervalo na sala de aula brincando e bateu a cabeça, região frontal e o cotovelo D na cadeira. Informa vertigem, visão turva, muita dor no momento do impacto. Relata cefaleia e algia intensa no MSD. Apresenta Hematoma e uma pequena e dificuldade de mobilidade do MSD. Aplicado gelo local.

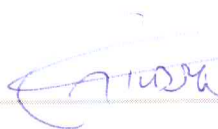
Testemunha da ocorrência	Telefone
Rian	(45) 9994-8932

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	03/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno
Autorizado retorno no dia 11/04/2025 às 10h15 com Dr. Ricardo

Ass.:


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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 26986001

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
0000000000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ARTHUR RODRIGUES LOURENCO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
33783

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Ricardo P. Rocha
CRM/PP 33783
Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
11/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
22 10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz

1

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 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd

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 operadora/CNPJ

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

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: DFESTANA

Data/Hora: 11/04/2025 10:27:44

Contalote: 8900924

Atendimento: 8900924

Contêiner: INST ADVERTISIA/MP

8900924

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8900924 Prontuário: 658211 SAME: 658211 Hora Atend: 10:26 Data Atend: 11/04/2025
Paciente..... : ARTHUR RODRIGUES LOURENCO Idade: 14 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/04/2025 Hora Saída : 11:23

Prestador da Evolução Médica: 5832 RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

EVOLUCAO

ARTHUR

IRMÃO - VINICIUS

03/04/25 - CONTUSÃO DE COTOVELO

EF:
ADM PLENA
SEM EDEM A
SEM EQUIMOSE

RX - SEM FRATURAS

CD:
ALTA MEDICA
ORIENTAÇÕES