

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benício de Lima Souza
Nº da Carteirinha: 4.36.2819
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7



Data de Nascimento: 04/08/2017 **Nº da Guia:** 25321

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/03/2025	16:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava na aula de ed física quando a bola bateu no seu dedo e virou para o lado.

Testemunha da ocorrência

Prof Albertino

Telefone

(44) 99704-3012

Quem prestou primeiros socorros

Prof Albertino

Data

18/03/2025

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

O aluno foi atendido pelo professor que fez os primeiros atendimentos no local.

Ass.:

Roosevelt Lucas Gonzales de Melo Queiroz

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 25321

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 4362819	9 - Validade da Carteira	10 - Nome BENICIO DE LIMA SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM 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 ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 047953	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 25/03/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120	26 - Descrição RX - Mão ou quirodactílio	27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 0
-----------------------------------	--	------------------------	-------------------	--	---	--------------------	----------------------

Dados do Contrato/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 - Cide	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/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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



Atendimento:	8869755	Pedido:	3148299	Ac. Number:	3943516
Registro / Nome:	BENICIO DE LIMA SOUZA				
Data de Nascimento:	04/08/2017	Idade:	7 anos, 7 meses e 14 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	18/03/2025 18:41:00			Laudado:	25/03/2025
					11:56:17
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA				

RX - MÃO ESQUERDA (AP/OBLÍQUA)

Fratura da cabeça da falange proximal do quinto quirodáctilo sem francos desnivelamentos.

Espaços e superfícies articulares preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9066314 DATA: 18/03/2025 18:36
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8869755 DT NASC: 04/08/2017 (7A 7M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 656932 - BENICIO DE LIMA SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/03/2025 17:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, QUE REFERE TRAUMA COM BOLA EM MÃO ESQUERDA HOJE A TARDE.

EFO: EDEMA, EQUIMOSE E DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL E MÉDIA DE 5º QDE
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD: SOLICITO RX E REAVLIO

8869755

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: ESQUERDA						

VISITA HOSPITALAR

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

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771



PRESCRIÇÃO.: 9066338 DATA: 18/03/2025 18:54
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8869755 DT NASC: 04/08/2017 (7A 7M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 656932 - BENICIO DE LIMA SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/03/2025 17:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:

CHECO RX - FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º QDE, SEM DESVIO

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR - REALIZO ESPARADRAPAGEM
ANALGESIA
ATESTADO
RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
ORIENTAÇÕES GERAIS

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

Com 26771