

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Lima da Costa
Nº da Carteira: 4.31.5052
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 23/06/2013

Nº da Guia: 24305

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	10:57:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Cotovelo Direito

Descrição

Aluno se chocou com outra aluna caiu e bateu o cotovelo no chão.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

17/02/2025

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

O aluno foi atendido pelo coordenador de disciplina que forneceu gelo e gelol. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

ta guia de
s, relatório
restadores
enciados)

Sul Brasile
: (41) 3240
icaadventis

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL
Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Segurança Pública

Nome / Name
ELIANE DE LIMA GOMES DA COSTA

Nome Social / Social Name

Registro Geral-CPF / Personal Number
603.525.152-87

Data de Nascimento / Date of Birth
31/08/1976

Naturalidade / Place of Birth
SAO PAULO/SP

Sexo / Sex
F

Nacionalidade / Nationality
BRA

Validade / Expiry
23/08/2034

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **14.721.793-5** DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/04/2016

NOME: **EDUARDO LIMA DA COSTA**

FILIAÇÃO: ERIVALDO SILVA DA COSTA
ELIANE DE LIMA GOMES DA COSTA

NATURALIDADE: RIO BONITO/RJ DATA DE NASCIMENTO: 23/06/2013

DOC. ORIGEM: COMARCA=RIO BONITO/RJ, DA SEDE
C.NASC=10992, LIVRO=46A, FOLHA=146

CPF: 125.998.419-25

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



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

2 - Nº Guia no Prestador 8837419

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

EDUARDO LIMA DA COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

7031033

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

JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39294

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 10101039

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - CI Solic.

11

28 - CI 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 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

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 de Procedimento em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 24305

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
8 - Numero da Carteira 4315052	9 - Validade da Carteira
10 - Nome EDUARDO LIMA DA COSTA	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde 703103379689260
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
17 - Numero no Conselho 34162	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 21/05/2025
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22
26 - Descrição RX - Cotovelo	27 - Qt. Solic. 1
28 - Qt. Autoriz. 0	

Dados do Contrato e Execução	
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 - 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 operacional/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	
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	

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8837419 **Prontuário:** 476066 **SAME:** **Hora Atend:** 12:44 **Data Atend:** 17/02/2025
Paciente..... : EDUARDO LIMA DA COSTA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ROSA CRUZ
Bairro..... : JARDIM HIGIENOPOLIS
Cidade..... : MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87060380
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...**: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída** : 15:10
Data Saída..... : 17/02/2025

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

HDA

RX DE COTOVELO SEM FRATURAS.
PACIENTE SEM DOR NO MMTO, OBILIZAÇÃO PRESERVADA

DIAGNOSTICO

TRAUMA NO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRAUMA NO COTOVELO

TRATAMENTO

SINTOAMTIOCS


PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS / 34162
PEDIATRIA

PRESCRIÇÃO.: 9018438 DATA: 17/02/2025 14:02
USUÁRIO.....: PJPSSANTOS
ATENDIMENTO.: 8837419 DT NASC: 23/06/2013 (11A 7M 27D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 476066 - EDUARDO LIMA DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2025 12:44 0 DIAS(S) INT

2ª 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:

8837419

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horarios

1 RX MEM SUP COTOVELO

1

Justificativa: COTOVELO DIREITO - TRAUMA

Obs: COTOVELO DIREITO - TRAUMA

EXAME REALIZADO

DATA ____/____/____

TÉC. RADIOLOGIA:

VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horarios

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

1

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR 152

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8837419 **Prontuário:** 476066 **SAME:** **Hora Atend:** 12:44 **Data Atend:** 17/02/2025
Paciente..... : EDUARDO LIMA DA COSTA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ROSA CRUZ
Bairro..... : JARDIM HIGIENOPOLIS
Cidade..... : MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87060380
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEE
CID Principal.....: S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/02/2025 **Hora Saída :** 15:10

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

HDA

PACIENTE COM QUEDA NA ESCOLA DUANTE ATIVIDADE FISICA. APRESENTA DOR EM COTOVELO DIREITO. NA ESCOLA COLCOAMA GELOL

EXAME FISICO

SEM ALTERAÇÕES AO EXAME - SEM DESVIOS OU EDEMAS

DIAGNOSTICO

TRAUMA NO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRAUMA NO COTOVELO D

TRATAMENTO

RX DE COTOVELO D