

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Fiori Ferreira

Nº da Carteirinha: 4.31.6193

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 18/01/2011

Nº da Guia: 27828

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2025	09:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, Cotovelo Direito, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno se chocou com outro aluno na educação física caiu e bateu a mão e o cotovelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	29/04/2025

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
Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo. Foi feito contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 27828

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 4316193
9 - Validade da Carteira
10 - Nome GABRIEL FIORI FERREIRA
11 - Numero 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 IVAN CESAR TANAKA KUSSANO
16 - Conselho Profissional 06
17 - Numero no Conselho 029159
18 - UF 41
19 - Código CBO 225225
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 29/04/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro
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
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\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
48 - Seq. Ref 49 - Qi Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Numero no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

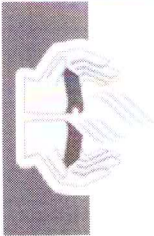
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPRME (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

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

2 - Nº Guia no Prestador 27828

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sentença	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 4316193	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GABRIEL FIORI FERREIRA	11 - Numero 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 IVAN CESAR TANAKA KUSSANO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 029159	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/05/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 40803112 22 40803120	26 - Descrição RX - Punho RX - Mão ou quirodactilo	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - V/A	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/CPE	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	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
--	--	-----	-----	-----	-----	-----	------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Ausgérios (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				



Atendimento: 8919701 **Pedido:** 3166995 **Ac. Number:** 3966790
Registro / Nome: GABRIEL FIORI FERREIRA
Data de Nascimento: 18/01/2011 **Idade:** 14 anos, 3 meses e 10 dias **Sexo:** M
Pedido do Exame: 29/04/2025 11:33 **Laudado:** 15/05/2025 13:06
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PEDRO FATTURI MORETZ SOHN

RX - PUNHO DIREITO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8919701	Pedido:	3166995	Ac. Number:	3966789
Registro / Nome:	GABRIEL FIORI FERREIRA				
Data de Nascimento:	18/01/2011	Idade:	14 anos, 3 meses e 10 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	29/04/2025 11:33			Laudado:	15/05/2025 13:05
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PEDRO FATTURI MORETZ SOHN				

RX - MÃO DIREITA (AP/PERFIL/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PREScrição.: 9139170 DATA: 29/04/2025 11:32
USUÁRIO....: PFMSOHN
ATENDIMENTO: 8919701 DT NASC: 18/01/2011 (14A 3M 11D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 340415 - GABRIEL FIORI FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 11:07 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

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA NA EDUCAÇÃO FISICA NA ESCOLA,
COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.
DOR EM PUNHO E MÃO DIREITA

EFO: EDEMA 2+/4+, SEM DESVIO, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM LIMITADA PELA DOR.

CD: RX

8919701

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS Justificativa.: DIREITO	1						
2 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS Justificativa.: DIREITA PA E PERFIL	1						

VISITA HOSPITALAR

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



PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954

PRESCRIÇÃO.: 9139285 DATA: 29/04/2025 12:25
USUÁRIO....: PFMSOHN
ATENDIMENTO: 8919701 DT NASC: 18/01/2011 (14A 3M 11D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 340415 - GABRIEL FIORI FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 11:07 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

EM TEMPO:

RX COM SINAL DE FRATURA EM TORUS EM RADIO DISTAL, RADIOULNAR

CD: REALIZADO TALA ANTEBRAQUIOPALMAR
RETORNO AMBULATORIAL
ANALGESIA
ALTA DA ORTOPEDIA

PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954