

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrielle Lupi Trindade
Nº da Carteira: 4.31.6652
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 14/09/2009

Nº da Guia: 27967

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2025	12:34:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna torceu o dedo durante jogo da educação física. Apresentou inchaço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	06/05/2025

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

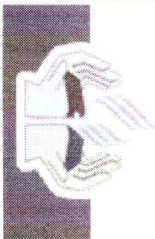
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

6/05/2025 12:35



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

2 - Nº Guia no Prestador 27967

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

4316652

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIELLE LUPI TRINDADE

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

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

26771

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.

1

28 - Q1 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 ou doença (relacionado)

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(a) Profissional(a) 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 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 CPME (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: APINHEIRO

Data/Hora: 07/05/2025 15:32:48

Contalote: 8927281

Adesamento: 8927281

Convênio: INST ADVENTISTA/SP

8927281



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

2 - Nº Guia no Prestador 27967

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

4316652

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIELLE LUPI TRINDADE

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

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

26771

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

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

1 22 40803120

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

RX - Mão ou quirodactílio

27 - Q1 Solic

1

28 - Q1 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 Aderente (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(a) Profissional(a) 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 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 OPMs (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: ISAC SILVEIRA

Data Hora: 10/05/2025 10:09:13

Comarca: 8927281

Atendimento: 8927281

Convênio: INST ADVENTISTA LAP

89977281



Atendimento:	8927281	Pedido:	3170192	Ac. Number:	3970783
Registro / Nome:	GABRIELLE LUPI TRINDADE				
Data de Nascimento:	14/09/2009	Idade:	15 anos, 7 meses e 22 dias	Sexo:	F
Pedido do Exame:	06/05/2025 15:13			Laudado:	15/05/2025 13:05
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA				

MÃO ESQUERDA (AP/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas íntegras.
Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9151176 DATA: 06/05/2025 15:08
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8927281 DT NASC: 14/09/2009 (15A 7M 22D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 660119 - GABRIELLE LUPI TRINDADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/05/2025 14:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA TRAUMA DIRETO EM 4 DEDO DE MAO ESQ
DOR E DIFICULDADE DE ADM

EF: EDEMA + EQUIMOSE EM 4DEDO, ADM DOLOROSA MAS LIVRE, NV PRESERVADO

CD:
- RX
- REAV APÓS

8927281

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.: AP + PERFIL 4 DEDO ESQ							

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771



PRESCRIÇÃO.: 9151176 DATA PRESCRIÇÃO: 06/05/2025 15:08
SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM NR CARTEIRA: 4316652
ATENDIMENTO: 8927281 VALIDADE:
PACIENTE...: 660119 - GABRIELLE LUPI TRINDADE NASC: 14/09/2009 15A 7M 22D
ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESTADOR...: 26771 ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
ACOMODAÇÃO.: LEITO:
UNID INTERN: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM
CID.....: USUÁRIO: ACAFNOGUEIRA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEdia - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
MAO OU QUIRODACTI LOS D	1	*3170192* 3170192	06/05/2025 15:08		*3970783* 3970783 AT	32030126

Observação: AP + PERFIL 4 DEDO ESQ
Justificativa: TRAUMA

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR : 26771

PRESCRIÇÃO.: 9151262 DATA: 06/05/2025 15:52
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8927281 DT NASC: 14/09/2009 (15A 7M 22D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 660119 - GABRIELLE LUPI TRINDADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/05/2025 14:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:

RX SEM SINAIS DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD: ANALGESIA
ORIENTAÇÕES DE RETORNO SE NECESSÁRIO
ALTA DA ORTOPEDIA

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771