

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Lucas Andrade Cremonesi

Nº da Carteirinha: 4.31.5985

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 03/02/2016

Nº da Guia: 25030



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2025	15:45:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e bateu o dedo durante a corrida.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patricia	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Crislaine	11/03/2025

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

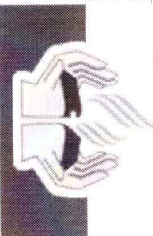
Observações
Os responsáveis foram informados do ocorrido para buscar atendimento médico.

Assinatura

Geovana Florencio Sansalone

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 25030

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOAO LUCAS ANDRADE CREMONEIS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

8980049

12 - Atendimento a RN

N

4315985

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

HEMINE HUSSEM SALEM

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

036103

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

[Assinatura]

CRM 43656

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

11/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

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 - 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 operador a/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 -

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 OFME (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

2 - N° Guia no Prestador 25030

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	
4 - Data de Autorização	5 - Senha
	6 - Data Validade da Senha
	7 - Numero da Guia Atribuída pelo Operador

Dado do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
	4315985		JOAO LUCAS ANDRADE CREMONEIS	8980049	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	HEMINE HUSSEIN SALEM
16 - Conselho Profissional	06
17 - Número no Conselho	036103
18 - UF	41
19 - Código CBO	225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
2	13/03/2025
23 - Indicação Clínica	
27 - Qt Solic 28 - Qt Autoriz	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
1	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	1
2	30711010	Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)	0

Dados do Contrato e Executante	
29 - Código na Operação	30 - Nome do Contratado
0287630A0000112	HOSPITAL BCM 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 - Códig.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

	Identificação do(a) Profissional(s)			
46 - Sem Prof.	49 - Gr. Prof.	50 - Código na operador/aCPF	51 - Nome do Profissional	
		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
				54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -	3 -
2 -	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 Ceral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				



Atendimento:	8861141	Pedido:	3145121	Ac. Number:	3939442
Registro / Nome:	JOAO LUCAS ANDRADE CREMONEIS				
Data de Nascimento:	03/02/2016	Idade:	9 anos, 1 mês e 8 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	11/03/2025 19:18:00			Laudado:	25/03/2025 09:30:50
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - MÃO DIREITA (AP/OBLÍQUA)

Estrutura óssea conservada

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9054263 DATA: 11/03/2025 19:17
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8861141 DT NASC: 03/02/2016 (9A 1M 7D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 397139 - JOAO LUCAS ANDRADE CREMONEIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/03/2025 17:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HEMINE HUSSEM SALEM SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM HIPEREXTENSAO DE 5 QDD
DOR LOCAL
EDEMA
ADM LEVEMENTE DOLOROSA

PT - RX

8861141

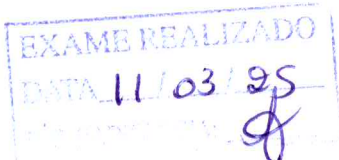
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: DIREITA						
Obs.: AP + PERFIL DE 5 QDD						

VISITA HOSPITALAR

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



cm 43656

MANOEL VITOR MAGIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

PRESCRIÇÃO.: 9054293 DATA: 11/03/2025 19:43
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8861141 DT NASC: 03/02/2016 (9A 1M 7D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 397139 - JOAO LUCAS ANDRADE CREMONEIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/03/2025 17:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

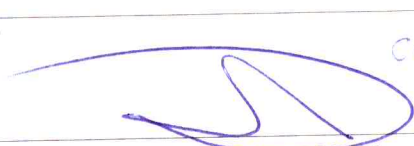
Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HEMINE HUSSEM SALEM SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA

REALIZO IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA
SINDACTILIA
ATESATDO
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS


MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

0008861141 Co: 4315985

DN:

Atendimento:

Data:

GASES E MONITORIZAÇÃO

— — — — —

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Plant in dune dunes on dune around on MSD. Rubate RX
anthracite. Also spec.

[illegible]