

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Karina Misaki Shigio
Nº da Carteirinha: 11.1 13545
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 15/01/2009

Nº da Guia: 28000

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2025	23:30:00	Campo de Atividades	Atividades no Campori Fortes

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade esportiva no Campori Fortes e ao descer no escorregador outras pessoas caíram por cima dela, torcendo o tornozelo D, relata dor no local. Apresenta edema e dificuldade de mobilidade. Aplicado gelo e arnica sem melhora.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Paola Agostini

(44) 9842-7119

Quem prestou primeiros socorros

Data

Paola Agostini

03/05/2025

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Preceptora de plantão ciente.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN PR 103.032

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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 28000

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

8 - Número da Carteira
11113545

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KARINA MISAKI SHIGIO

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
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

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
06/05/2025

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 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 - 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 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 CPME (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 28000

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

5 - Sentia	6 - Data Validade da Sentia	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
------------	-----------------------------	---

Dados do Beneficiario				
8 - Numero da Carteira 11113545	9 - Validade da Carteira	10 - Nome KARINA MISAKI SHIGIO	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 RAFAEL HOBOLD HIDALGO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 43100	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 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 40804097	26 - Descrição RX - Pe ou pododactilio	27 - Qt Solic. 1	28 - Qt Autoriz. 0

26411

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 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Rel.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/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 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



Atendimento: 8927283 **Pedido:** 3170196 **Ac. Number:** 3970788
Registro / Nome: KARINA MISAKI SHIGIO
Data de Nascimento: 15/01/2009 **Idade:** 16 anos, 3 meses e 21 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 06/05/2025 15:14 **Laudado:** 15/05/2025 13:07
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA

PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas íntegras.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9151184 DATA: 06/05/2025 15:13
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8927283 DT NASC: 15/01/2009 (16A 3M 20D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 660120 - KARINA MISAKI SHIGIO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/05/2025 14:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNA DE ESCOLA, ACOMPANHADA DA RESPONSÁVEL. QUEIXA DE DOR EM DORSO DO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA BRINCANDO HÁ 3 DIAS.

EFO: DOR A PALPAÇÃO EM 3º METATARSO, SEM EDEMA, SEM EQUIMOSE, ADM PRESERVADA

CD> RX

8927283

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: DIREITO							
VISITA HOSPITALAR		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771