

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel dos Santos Andrade

Nº da Carteira: 4.31.6932

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 29/10/2018

Nº da Guia: 25610



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2025	15:12:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava na educação física jogando no gol. Ao defender a bola, caiu e bateu o antebraço no chão. Apresenta inchaço e vermelhidão, aplicamos gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa Lima	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	25/03/2025

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

Observações

O aluno foi atendido primeiramente na coordenação e os responsáveis informados do ocorrido para analisar necessidade de atendimento médico.

Ass.:

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 (para 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 25610

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE		11 - Numero do Cartão Nacional de Saude		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira							
8 - Numero da Carteira 4316932											
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A							
13 - Código da Operadora 23876304000112				15 - Nome do Profissional Solicitante HEMINE HUSSEM SALEM							
16 - Conselho Profissional 06				17 - Numero no Conselho 036103		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Realizados				23 - Indicação Clínica							
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/05/2025									
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - QI Solic 1		28 - QI Autoriz 0			
Dados do Contratado Executante				31 - Código CNES 9365230							
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A									
Dados do Atendimento				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento 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 Exams Realizados				42 - Qide 43 - Via 44 - Tec 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitario (R\$) 47 - Valor Total (R\$)							
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				52 - Conselho Profissional 53 - Numero no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO							
48 - Seq Ref		49 - Gr Part		50 - Código na operador/CNP		51 - Nome do Profissional					
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 OFME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado					
Impresso por WIVIANA				Data/Hora 20/05/2025 16:07:37		Contat/Loq 8880178		Atendimento 8880178		Contêmo CLINICA ADVENTISTA - CLAC	

8880178

2 - N° Guia no Prestador **25610**

Folha: 1 / 1

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	4316932
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	N

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/04/2025	
24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1 22 40803090		RX - Cotovelo
		27 - Ql Solic. 1 0
		28 - Ql Autoriz.

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
33876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Eleição / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
				42 - Ode	43 - Via
				44 - Tag	
				45 - % Red / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)
					47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Excitante(s)	52 - Conselho Profissional	54 - UF	64 - Código CEO
48 - Seq Ref	53 - Número no Conselho		
49 - G1 Part			
50 - Código na operacional/CPF			
51 - Nome do Profissional			

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 Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



Atendimento:	8880178	Pedido:	3151490	Ac. Number:	3947485
Registro / Nome:	MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE				
Data de Nascimento:	29/10/2018	Idade:	6 anos, 4 meses e 26 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/03/2025 17:51:00			Laudado:	26/03/2025 11:35:54
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA				

RX - COTOVELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

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.: 9078804 DATA: 25/03/2025 17:50
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8880178 DT NASC: 29/10/2018 (6A 4M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 657535 - MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 17:04 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

QMN COM TRAUMA DIRETO EM COTOVELO ESQ

EF: PELE INTEGRAL, DOR A PALPAÇÃO DE COTOVELO, NV E ADM PRESERVADO

CD:
- RX
- REAV APÓS

8880178

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP COTOVELO	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: AP + LAT ESQ							



 CRM 26771

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

PRESCRIÇÃO.: 9078817 DATA: 25/03/2025 18:01
USUÁRIO.....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8880178 DT NASC: 29/10/2018 (6A 4M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 657535 - MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 17:04 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

RECEBO RX, SEM SINAIS DE FRATURAS OU DESVIOS

CD:
- ANALGESIA
- REPOUSO, ELEVÇÃO
- ORIENTAÇÕES
- ALTA HOSP

 CRM: 26771
ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

PREScrição.: 9078804

SETOR SOLIC: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

ATENDIMENTO: 8880178

PACIENTE...: 657535 - MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE

ORIGEM ATD.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

PRESTADOR...: 26771 ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA

ACOMODAÇÃO..:

UNID INTERN: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

CID.....:

DATA PRESCRIÇÃO: 25/03/2025 17:50

NR CARTEIRA: 4316932

VALIDADE:

NASC: 29/10/2018 6A 4M 27D

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA

LEITO:

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.
COTOVELO	1	*3151490* 3151490	25/03/2025 17:50		*3947485* 3947485 AT	32030096

Observação: AP + LAT ESQ

Justificativa: TRAUMA

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR : 26771