

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro de Brito Barros Vieira
Nº da Carteira: 4.31.4630
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 24/02/2012 **Nº da Guia:** 27617

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/04/2025	11:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	2º Dedo Pé Direito, 3º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluno acabou chutando o pé de outro colega de sala em atividade de educação física e machucou o dedo do pé.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	23/04/2025

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

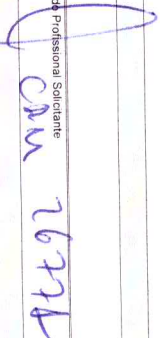
2 - Nº Guia no Prestador 383

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal
0

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RM
4314630 31/12/2029 PEDRO DE BRITO BARROS N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado
238763040001 12 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA 06 26771 41 225125 

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter de Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assessorial 26 - Descrição 27 - Qt Solic 28 - Qt Autoriz
1 22 23/04/2025 23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1 0

Dados do Contrato Executante
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES
238763040001 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Cide 43 - Via 44 - Téc 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq Ref 49 - GI 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 Serie 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 OPMs (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

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

2 - Nº Guia no Prestador 27617

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

4314630

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

PEDRO DE BRITO BARROS

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

PLANTAO ANA LUIZA SCHWAB

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

47494

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 40804097

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilio

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 dos(as) 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 OPRFE (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:	8913402	Pedido:	3164410	Ac. Number:	3963525
Registro / Nome:	PEDRO DE BRITO BARROS				
Data de Nascimento:	24/02/2012	Idade:	13 anos, 1 mês e 28 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	23/04/2025 19:15:00			Laudado:	24/04/2025
				08:21:53	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	P ANA LUIZA SCHWAB				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9129636 DATA: 23/04/2025 20:16
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA
ATENDIMENTO: 8913402 DT NASC: 24/02/2012 (13A 1M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 612212 - PEDRO DE BRITO BARROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2025 18:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA LUIZA SCHWAB SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

AValiação SOLICITADA DEVIDO A TRAUMA NO PÉ DIREITO HOJE, QUEIXA DE DOR NO 2º DEDO

RX - SEM SINAIS DE DESVIO, LUXAÇÃO OU FRATURA

PT: ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
RETORNO SE PIORA OU PRESENÇA DE NOVOS SINTOMAS

8913402

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

4	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA					
---	--	--	--	--	--	--

1

Dr. Antonio Carlos Ferri Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26771 TROT 18061

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA
CRM-PR: 26771

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 9129549 DATA: 23/04/2025 19:14
USUÁRIO.....: PALSCHWAB
ATENDIMENTO: 8913402 DT NASC: 24/02/2012 (13A 1M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 612212 - PEDRO DE BRITO BARROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2025 18:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO ANA LUIZA SCHWAB SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8913402

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: traumatismo em pé						
Obs.: dedos do pé direito						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	40	GOTAS		VO	AGORA	[23/04] . 19:14

VISITA HOSPITALAR

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

Ana Luiza Schwab
Médica
CRM-PR 47494

PLANTAO ANA LUIZA SCHWAB
CRM-PR: 47494

