

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel dos Santos Bordin
Nº da Carteirinha: 11.4.208409
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 16/10/2004

Nº da Guia: 27779

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2025	21:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava jogando vôlei de areia ao bloquear uma bola a mesma bateu no 5º dedo da mão E, virando o para trás, "o aluno colocou de volta no lugar ". Apresenta edema e discreta equimose no local. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Henrique	(42) 98616-4377

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	28/04/2025

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Preceptor ciente.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 178102 - ENF

Joserlania 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador **27779**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL DOS SANTOS BORDIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

114208409

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

43656

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Manoel Vitor Maciel Bocchi

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

28/04/2025

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 de 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 - Tel.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - G1 Part

50 - Código na operatoria/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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura do Contratado

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 Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: APRIINHEIRO

Data/Hora: 29/04/2025 12:58:48

Contatante: 9918330

Atendimento: 8918330

Convênio: INST ADVENTISTA/AP

8918330



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

2 - Nº Guia no Prestador 27779

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

114208409

GABRIEL DOS SANTOS BORDIN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

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

MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI

06

43656

41

225270

43656

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

28/04/2025

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

22

40803120

RX - Mao ou quirodactilio

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial 38 - Ht. 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

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMMACEDO

Data/Hora: 28/04/2025 19:45:51

Controle: 9878330

Assinatura: 9878330

Comódo: INST ADVENTISTA IAP

8.918.330



Atendimento:	8918330	Pedido:	3166490	Ac. Number:	3966140
Registro / Nome:	GABRIEL DOS SANTOS BORDIN				
Data de Nascimento:	16/10/2004	Idade:	20 anos, 6 meses e 11 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	28/04/2025 14:43:00			Laudado:	02/05/2025
					15:47:07
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - MÃO ESQUERDA (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas íntegras.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

RODRIGO NOTOYA MENOLI

CRM- PR: 49156

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9137523 DATA: 28/04/2025 14:41
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8918330 DT NASC: 16/10/2004 (20A 6M 12D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 659637 - GABRIEL DOS SANTOS BORDIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2025 14:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA COM BOLA DE VOLEI ONTEM, 4º DEDO E. DOR EM FALANGE PROXIMAL E MEDICA

EFO: EQUIMOSE, EDEMA+/4+, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM DOLOROSA PORÉM COMPLETA

CD: RX

8918330

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: 4º DEDO ESQUERDO, PA E PERFIL'							

VISITA HOSPITALAR

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



MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656

PRESCRIÇÃO.: 9137657 DATA: 28/04/2025 15:28
USUÁRIO....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8918330 DT NASC: 16/10/2004 (20A 6M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 659637 - GABRIEL DOS SANTOS BORDIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2025 14:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI 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 COM DESVIOS OU LUXAÇÕES

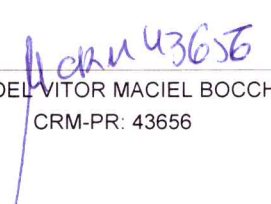
PLANO

LUXAÇÃO DE DEDO COM REDUÇÃO INCRUENTA NO MOMENTO DO TRAUMA (SIC)

ANALGESIA

GELO LOCAL

ORIENTAÇÕES GERAIS


MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI
CRM-PR: 43656