

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda de Souza Ramos

Nº da Carteirinha: 4.31.5639

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 27/11/2014

Nº da Guia: 28116



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	10:08:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Cabeça

Descrição
Aluna se chocou com outra aluna no intervalo e bateu a cabeça fazendo um galo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	08/05/2025

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
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

2 - N° Guia no Prestador **8929807**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sentia	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorizaçao	5 - Sentia		

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	4315639
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	MARIA EDUARDA DE SOUZA RAMOS
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	8980051
12 - Atendimento a RN	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	
JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO		06		39294	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional	
41		225125		CRM-PR 36644 ROR 31385	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
2		08/05/2025			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt Solic.	28 - Qt Autoriz.	
1	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0	

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (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 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq Rel	49 - Gr Part	50 - Código na operadora/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 Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
<i>Assinatura do Beneficiário ou Responsável</i> <i>ATYNOE 2 de JULHO 2013</i>						
68 - Assinatura do Contratado						



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

2 - Nº Guia no Prestador 28116

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
4315639
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
MARIA EDUARDA DE SOUZA RAMOS
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8980051
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 EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
036344
18 - UF
41
19 - Código CBO
225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
um 3 6344

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
09/05/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
72999999
26 - Descrição
MEDICAMENTOS
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. Prof.
50 - Código na operacional/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 - 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

PRESCRIÇÃO.: 9154727 DATA: 08/05/2025 11:32
USUÁRIO....: PEFFMOSCARDI
ATENDIMENTO: 8929807 DT NASC: 27/11/2014 (10A 5M 11D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 468379 - MARIA EDUARDA DE SOUZA RAMOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/05/2025 10:55 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
COBERTURA:

8929807

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 NOVALGINA 500MG/ML GOTAS	30	GOTAS		VO	AGORA	[08/05] 11:32

VISITA HOSPITALAR

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

DRA EDUARA F. MOSCARDI
Pediatra
CRM-PR 36344 RQE 31185

PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI
CRM-PR: 036344

Observação: neurologia (4h / ale 13h)

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8929807 **Prontuário:** 468379 **SAME:** **Hora Atend:** 10:55 **Data Atend:** 08/05/2025
Paciente..... : MARIA EDUARDA DE SOUZA RAMOS **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA MARTIM AFONSO DE 1 A 1151
Bairro..... : ZONA 02
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87010410
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S008 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/05/2025 **Hora Saída :** 12:51

Prestador da Evolução Médica: 5051 **PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI**

HDA

Mãe refere que menor estava no colegio, e durante brincadeira apresentou trauma em região frontal com outra colega, nega perda da consciencia, nega vômitos, queixa de dor local *ho x h*

EXAME FISICO

EF: BEG, afebril, ativo, eupneica
AC: BRNF 2T S/S
AP: MV+ S/RA
ABD: plano, flacido, rha+, indolor a palpação
oroscopia:
otoscopia: normal
perfusão < 2seg
neuro sem sinais meningeos

DIAGNOSTICO

TCE LEVE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE

TRATAMENTO

observação 4h
paciente sem sinais de alarme, sem queixas
**** ORIENTO QUE NESTE MOMENTO NÃO HÁ SINAIS DE GRAVIDADE/
PORÉM, EXPLICO QUE DOENÇA PODE EVOLUIR E SE
PACIENTE APRESENTAR PIORA E/OU PERSISTÊNCIA DO QUADRO E/OU SINAIS DE
GRAVIDADE, ORIENTO RETORNAR IMEDIATAMENTE PARA REAVALIAÇÃO ****.

Eduarda F. Moscardi
Pediatria
CRM-PR 36344 RQE 31185

PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI / 036344
PEDIATRIA