

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Valentina Reyzik Bernardi
Nº da Carteira: 4.31.6250
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/09.2016

Nº da Guia: 27916

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2025	15:09:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
Aluna caiu e apresenta muita dor e dificuldade pra mexer o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Flavia	4432243073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	30/04/2025

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
Os responsáveis foram informados para levar ao atendimento médico.

ASS.:

Geovana F. Sansalone

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 (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 27916

Folha: 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 4316250	9 - Validade da Carteira	10 - Nome VALENTINA REYZIK BERNARDI	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 SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>pm</i>

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/04/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Excitante	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) Excitante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador(a)/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 Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável e/ou Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				



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

2 - Nº Guia no Prestador 27916

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 000000
 3 - Nr. Guia Principal: []
 4 - Data de Autorização: []
 5 - Semia: []
 6 - Data Validade da Semia: []
 7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora: []

Dados do Beneficiario
 8 - Numero da Carteira: 4316250
 9 - Validade da Carteira: []
 10 - Nome: VALENTINA REYZIK BERNARDI
 11 - Numero do Cartão NL: 8980051

VALENTINA REYZIK BERNARDI
 Societ: []
 Nre: LETICIA REYZIK DE ARRULO
 Dt. Nasc: 14/09/2016 Sx: F
 INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENT.
 ca: 4116250
 0008921481

Dados do Solicitante
 13 - Código da Operadora: 23876304000112
 14 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
 15 - Nome do Profissional Solicitante: SAMUEL MACHADO
 16 - Conselho Profissional: 06
 17 - Numero no Conselho: 28684
 18 - UF: 41
 19 - Código CBO: 225270
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante: [Assinatura]

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento: 2
 22 - Data da Solicitação: 21/05/2025
 23 - Indicação Clínica: []
 24 - Tabela: 22
 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial: 40803090
 26 - Descrição: RX - Cotovelo
 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: []
 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 Unitario (R\$): []
 47 - Valor Total (R\$): []

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 48 - Seq Ref: []
 49 - Gr Part: []
 50 - Código na operadora/CPF: []
 51 - Nome do Profissional: []
 52 - Conselho Profissional: []
 53 - Numero no Conselho: []
 54 - UF: []
 54 - Código CBO: []

56 - Data de Realização de Procedimento em Série: []
 57 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel: []
 58 - Observação / Justificativa: []

59 - Total Procedimentos (R\$): []
 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$): []
 61 - Total Taxas de Materiais (R\$): []
 62 - Total de OPM/E (R\$): []
 63 - Total de Medicamentos (R\$): []
 64 - Total Gases Medicinais (R\$): []
 65 - Total Geral (R\$): []
 66 - Assinatura do Responsavel pela Autorização: []
 67 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel: []
 68 - Assinatura do Contratado: []



Atendimento: 8921481 **Pedido:** 3167797 **Ac. Number:** 3967807
Registro / Nome: VALENTINA REYZIK BERNARDI
Data de Nascimento: 17/09/2016 **Idade:** 8 anos, 7 meses e 12 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 30/04/2025 17:26 **Laudado:** 23/05/2025
11:18
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - COTOVELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.
Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9141577 DATA: 30/04/2025 17:24
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8921481 DT NASC: 17/09/2016 (8A 7M 13D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 414820 - VALENTINA REYZIK BERNARDI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/04/2025 15:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: AMILTON TEIXEIRA LIMA SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

PACIENTE TRAZIDA PELO PAI, REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO.

EFO: PELE INTEGRAS, EDEMA +/4+, SEM EQUIMOSE, DOR A PALPAÇÃO EM OLECRANO, ADM COMPLETA PORÉM DOLOROSA, PRONO SUPINAÇÃO OK, NV PRESERVADO

CD: RX

8921481

PRESCRIÇÃO MÉDICA

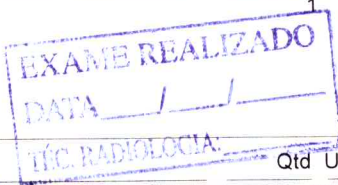
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Freqüência Data Horários

1 RX MEM SUP COTOVELO

Justificativa.: TRAUMA

Obs.: ESQUERDO



VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Freqüência Data Horários

2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 9141642 DATA: 30/04/2025 18:14
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8921481 DT NASC: 17/09/2016 (8A 7M 13D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 414820 - VALENTINA REYZIK BERNARDI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/04/2025 15:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX - SEM SINAIS DE DESVIO, LUXAÇÃO OU FRATURA

PT: ANALGESIA
GELO
RETORNO SE NECESSÁRIO

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84