

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo da Silva Rodrigues
Nº da Carteirinha: 11.1.9906
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 29/03/2018

Nº da Guia: 27772

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2025	16:50:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Lábios, Dentes Superiores

Descrição

Aluno em horário de saída escolar, SIC caiu atingindo o solo ao brincar de bola no pátio. Apresenta lesão em lábio superior e dentes superiores. Aluno passou por atendimento e avaliação da Dra. Elda no período da noite (dentista que atende a instituição), a mesma solicita avaliação com especialista.

Testemunha da ocorrência

Fábio (Escolar)

Telefone

4497250258

Quem prestou primeiros socorros

Dra Elda Cardoso

Data

25/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Devido persistir sangramento e necessitar uma avaliação médica, encaminho para avaliação em HBSM.

Documento assinado digitalmente
GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JÚNIOR
Data: 16/06/2025 08:32:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ass.:

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 8916675

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

BERNARDO DA SILVA RODRIGUES

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

JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional

06 34.162

17 - Número no Conselho

41 225124

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic

1

28 - Q1 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 - Q1 - Q1e

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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

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

Impresso por: CRBDSILVA

Data/Hora: 26/04/2025 16:07:36

Contato/Lote: 8916675

Atendimento: 8916675

Conexão: INST ADVERTISTIAJAP

8916675

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

2 - Nº Guia no Prestador 27772

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
1119906

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

BERNARDO DA SILVA RODRIGUES

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 JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
34162

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
41001036

26 - Descrição
TC - Face ou seios da face

27 - Qt. Solic.

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 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 - Qlote 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional

59 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Contratado

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - 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: LISPFEIREIRA

Data/Hora: 16/06/2025 16:01:55

Controle: 8916675

Atendimento: 8916675

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8916675



Atendimento:	8916675	Pedido:	3165799	Ac. Number:	3965263
Registro / Nome:	BERNARDO DA SILVA RODRIGUES				
Data de Nascimento:	29/03/2018	Idade:	7 anos, 0 mês e 26 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/04/2025 17:17:00			Laudado:	30/04/2025
				15:42:08	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JOAO PAULO DA SILVA SANTOS				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Protocolo: Aquisição volumétrica, sem contraste. Realizada reconstrução em alta resolução volumétrica.

Relatório:

Espessamento mucoso dos seios paranasais maxilares bilaterais em grau discreto.
Hipertrofia dos cornetos nasais inferiores.
Demais cavidades paranasais com desenvolvimento e aeração dentro dos padrões da normalidade.
Complexos ostiomeatais com aspectos anatômicos normais e permeáveis.
Conchas nasais de forma e dimensões dentro da normalidade.
Meatos e fossas nasais livres.
Septo nasal sem desvios significativos.
Regiões coanais de aspecto preservado.
Não há evidências de deiscências das lâminas papiráceas, canais ópticos e canais carotídeos.

Impressão diagnóstica:

Espessamento mucoso dos seios paranasais maxilares bilaterais em grau discreto.
Hipertrofia dos cornetos nasais inferiores.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9134574 DATA: 26/04/2025 17:16
USUÁRIO....: PJPSSANTOS
ATENDIMENTO: 8916675 DT NASC: 29/03/2018 (7A 0M 29D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 657658 - BERNARDO DA SILVA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/04/2025 16:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8916675

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE FACE OU SEIOS	1					
Justificativa.: TC DE FACE - SUSPEITA DE FRATURA DE INCISIVO CENTRAL						

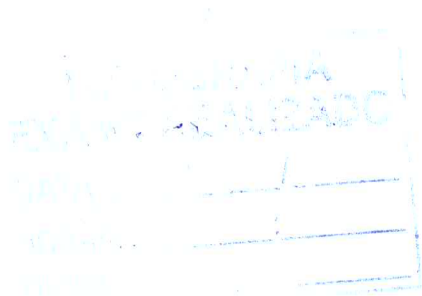
VISITA HOSPITALAR

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

AVALIAÇÃO
DA BUCA APÓS
TC

Dr. João Paulo da S. Santos
Pediatra
CRM-PR: 34162 RQE 25792

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR: 34162



PREScrição Médica e Relatório de Enfermagem Pronto Socorro

[illegible]