

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cayenne Gabriel Correia Fonseca
Nº da Carteirinha: 11.1.13720
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 22/06/2011

Nº da Guia: 27478

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2025	14:40:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deitado no quarto

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava deitado e caiu da cama (baixa) e bateu o cotovelo esquerdo no chão, apresenta discreto hematoma no cotovelo, relata dor intensa ao exame físico, movimentos preservados. Aplicado gelo local e arnica.

Testemunha da ocorrência

Daniel

Telefone

(22) 99987-2120

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania

Data

16/04/2025

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta. Preceptor de plantão ciente.

Documento assinado digitalmente
gov.br GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JUNIOR
Data: 16/06/2025 08:25:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ass.:

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/ SADT

2 - Nº Guia no Prestador 27478

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
11113720

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAYENNE GABRIEL CORREIA

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
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
C.R.M. 28664

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1
22
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 Executado
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. Rel.
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

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMMACEDO

Data/Hora: 16/04/2025 19:28:12

Contato: 08007257

Atendimento: 8907257

Convênio: INST ADVENTISTA/IAAP

8907257



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

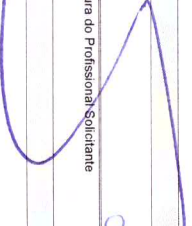
2 - Nº Guia no Prestador 27478

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 11113720	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CAYENNE GABRIEL CORREIA	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 RAFAEL HOBOLD HIDALGO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 43100	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/04/2025	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
--	-----------------------------------	--	------------------------	----------------------	------------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803090	26 - Descrição RX - Cotovelo
------------------	--	---------------------------------

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 - Qtd.	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 CPME (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:	8907257	Pedido:	3161750	Ac. Number:	3960253
Registro / Nome:	CAYENNE GABRIEL CORREIA				
Data de Nascimento:	22/06/2011	Idade:	13 anos, 9 meses e 23 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	16/04/2025 18:31:00			Laudado:	23/04/2025
				09:25:46	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - COTOVELO ESQUERDO AP/P

Alteração morfoestrutural do côndilo medial, sem desalinhamento ósseo significativo.

Espaços articulares conservados.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9118122 DATA: 16/04/2025 18:29
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8907257 DT NASC: 22/06/2011 (13A 9M 26D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 659005 - CAYENNE GABRIEL CORREIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/04/2025 16:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO ONTEM
SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTSO

EF: PELE INTEGRAS SEM EDEMA. ADM COMPLETA INDOLOR; NV PRESERVADO

CD:
- RX
- REAV APÓS

8907257

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 9118123 DATA: 16/04/2025 18:30
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8907257 DT NASC: 22/06/2011 (13A 9M 26D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 659005 - CAYENNE GABRIEL CORREIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/04/2025 16:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU DESVIOS

Cd:
- ANALGESIA
- ALTA HOSP
- ORIENTAÇÕES

8907257

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 RX MEM SUP COTOVELO	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: AP E P ESQ						

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

EXAME REALIZADO
DATA___/___/___
TÉC. RADIOLOGIA:_____

PREScrição.: 9118123

SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

ATENDIMENTO: 8907257

PACIENTE...: 659005 - CAYENNE GABRIEL CORREIA NASC: 22/06/2011 13A 9M 26D

ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP

PRESTADOR...: 286.84 PLANTAO SAMUEL MACHADO

ACOMODAÇÃO.:

UNID INTERN: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

CID.....:

DATA PRESCRIÇÃO: 16/04/2025 18:30

NR CARTEIRA: 11113720

VALIDADE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL

LEITO:

USUÁRIO: PSMACHADO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEdia - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
COTOVELO	1	*3161750* 3161750	16/04/2025 18:30		*3960253* 3960253 AT	32030096

Observação: AP E P ESQ
Justificativa: TRAUMA

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR : 286.84