

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Silva Camacho
Nº da Carteirinha: 4.31.6014
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 25/03/2016 **Nº da Guia:** 18973

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2024	18:14:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

Aluna estava brincando caiu e bateu a cabeça

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

24/06/2024

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

A aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar que prestou o primeiro atendimento. Foi informado 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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **04/09/2023**

Nome: **Alice Silva Camacho (6014)**

Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF3TA**

Sexo: **F**

Data Nascimento: **25/03/2016**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **São José do Rio Preto**

UF: **SP**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Professor João José Leandro, 049**

Complemento:

Bairro: **Jardim Leblon**

Cidade: **Maringá**

UF: **PR** CEP: **87053-259**

Cert. Nascimento: **119040 01 55 2016 1 00293 247 0123003 12**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo:

Cert. Nascimento Cartório: **1º Registro Civil de São José do Rio Preto**

Cert. Nascimento Cidade: **São Paulo**

Cert. Nascimento UF: **SP**

Identidade:

O.Exp:

UF:

Data:

CPF: **510870808-43** INEP **150191517690**

E-Mail: **eliane_asp@hotmail.com**

Cor/ Raça: **parda**

Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**

Tipo de Sangue/Fator RH:

Convênio:

Nº:

Telefones: **Celular: 44 97680113 | Celular: 44997739994 |**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF:

Nome: **Yago Leandro Camacho**

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nascimento:

Estado Civil:

Identidade:

O. Exp:

UF:

Data Emissão:

Grau de Instrução:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Cx. Postal:

E-Mail:

Religião:

Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **456861468-61**

Nome: **Emely Gabriely da Silva Pereira**

Naturalidade: **São José do Rio Preto - SP** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **10/07/1998**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **8.366.136**

O. Exp: **SSP**

UF: **SP**

Data Emissão: **24/06/2019**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Professor João José Leandro, 049**

Complemento:

Bairro: **Jardim Leblon**

Cidade: **Maringá**

UF: **PR**

CEP: **87053-259**

Cx. Postal:

E-Mail: **eliane_asp@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: **Celular: 11986650109 | Celular: 44 97680113 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **456861468-61**

Nome: **Emely Gabriely da Silva Pereira**

Naturalidade: **São José do Rio Preto - SP** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **10/07/1998**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **8.366.136**

O. Exp: **SSP**

UF: **SP**

Data Emissão: **24/06/2019**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Professor João José Leandro, 049**

Complemento:

Bairro: **Jardim Leblon**

Cidade: **Maringá**

UF: **PR**

CEP: **87053-259**

Cx. Postal:

E-Mail: **eliane_asp@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: **Celular: 11986650109 | Celular: 44 97680113 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **456861468-61**

Nome: **Emely Gabriely da Silva Pereira**

Naturalidade: **São José do Rio Preto - SP** Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **10/07/1998**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **8.366.136**

O. Exp: **SSP**

UF: **SP**

Data Emissão: **24/06/2019**

Grau de Instrução: **Ensino Médio completo**

Endereço: **Rua Professor João José Leandro, 049**

Complemento:

Bairro: **Jardim Leblon**

Cidade: **Maringá**

UF: **PR**

CEP: **87053-259**

Cx. Postal:

E-Mail: **eliane_asp@hotmail.com**

Religião: **Outras**

Telefones: **Celular: 11986650109 | Celular: 44 97680113 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Adriano Michael Gomes
Administrador Escolar - Ato nº 004/2023

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº 1.116.609/16

Responsável

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

2 - Nº Guia no Prestador **18973**

1 / 1

Dr. Emmanuelle C. Tamiozo
PEDIATRA
CRM-PR 30378

Indicando a RM
N

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Série
6 - Data Validade da Série	
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador	
8 - Nome do Beneficiário	
9 - Número da Carteira 4316014	10 - Nome Social
11 - Nome ALICE SILVA CAMACHO	

13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 30378
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/06/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Q1 Solte 1
		28 - Q2 Autoriz. 0	

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNEB 9365230			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (paciente 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 - Q1a	43 - Q1b	44 - Q1c	45 - Q1d	46 - Q1e	47 - Q1f	48 - Q1g	49 - Q1h	50 - Q1i	51 - Q1j	52 - Q1k	53 - Q1l	54 - Q1m	55 - Q1n	56 - Q1o	57 - Q1p	58 - Q1q	59 - Q1r	60 - Q1s	61 - Q1t	62 - Q1u	63 - Q1v	64 - Q1w	65 - Q1x	66 - Q1y	67 - Q1z
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

68 - Total Procedimentos (R\$)	69 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	70 - Total Taxas de Materiais (R\$)	71 - Total de OPR (R\$)	72 - Total de Medicamentos (R\$)	73 - Total Gases Médicos (R\$)	74 - Total Gases Médicos (R\$)	75 - Total Gases Médicos (R\$)	76 - Total Gases Médicos (R\$)	77 - Total Gases Médicos (R\$)	78 - Total Gases Médicos (R\$)	79 - Total Gases Médicos (R\$)	80 - Total Gases Médicos (R\$)	81 - Total Gases Médicos (R\$)	82 - Total Gases Médicos (R\$)	83 - Total Gases Médicos (R\$)	84 - Total Gases Médicos (R\$)	85 - Total Gases Médicos (R\$)	86 - Total Gases Médicos (R\$)	87 - Total Gases Médicos (R\$)	88 - Total Gases Médicos (R\$)	89 - Total Gases Médicos (R\$)	90 - Total Gases Médicos (R\$)	91 - Total Gases Médicos (R\$)	92 - Total Gases Médicos (R\$)	93 - Total Gases Médicos (R\$)	94 - Total Gases Médicos (R\$)	95 - Total Gases Médicos (R\$)	96 - Total Gases Médicos (R\$)	97 - Total Gases Médicos (R\$)	98 - Total Gases Médicos (R\$)	99 - Total Gases Médicos (R\$)	100 - Total Gases Médicos (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

8477826



Atendimento:	8477826	Pedido:	2999674	Ac. Number:	3757672
Registro / Nome:	ALICE SILVA CAMACHO				
Data de Nascimento:	25/03/2016	Idade:	8 anos, 2 meses e 28 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/06/2024 19:37:00			Laudado:	08/07/2024
					12:47:30
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO				

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventriculos e cisternas sem alterações.
- Não há desvios da linha média.
- Espessamento de mucosa dos seios paranasais maxilares bilaterais e de algumas células do seio etmoidal.

Opinião:

O exame demonstra sinais de sinusopatia maxilo etmoidal.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8477826 Prontuário: 405248 SAME: Hora Atend: 19:00 Data Atend: 24/06/2024
Paciente..... : ALICE SILVA CAMACHO Idade: 8 a
Endereço..... : RUA MARIO JOSE DE FREITAS FERRAZ
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87015000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S098 - OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA PARA RESIDENCIA
Data Saída..... : 25/06/2024 Hora Saída : 01:24

Prestador da Evolução Médica: 4863 PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO

HDA

REAValiação:

TC CRANIO-- DE ACORDO COM DR OSCAR-RADIOLOGISTA, AUSENCIA DE ALTERAÇÕES EM CRANIO.
APRESENTA DISCRETA SINUSOPATIA

DIAGNOSTICO

TCE

FCC COURO CABELUDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE

FCC COURO CABELUDO

TRATAMENTO

RECEITA+ORIENT A MAE+ALTA

PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO / 30378
PEDIATRIA

Emmanuelle C. Tamiozo
PEDIATRA
AM-PR 30.378

PRESCRIÇÃO.: 8509445 DATA: 24/06/2024 19:34
USUÁRIO....: PECTAMIOZO
ATENIMENTO: 8477826 DT NASC: 25/03/2016 (8A 3M 1D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 405248 - ALICE SILVA CAMACHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTEI NAÇÃO.: 24/06/2024 19:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROT COLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8477826

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C3SERVAR NIVEL DE CONSCIENCIA					AGORA	
Obs.: OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA POR 6H(ATE AS 01:30H)						

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 T3COMP DE CRANIO	1					
Justificativa.: TCE A DIREITA						

MELICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 X/LOCAINA 2% S/V 5ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		IM	AGORA	[24/06] - 19:37
Justificativa.: PARA SUTURA						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

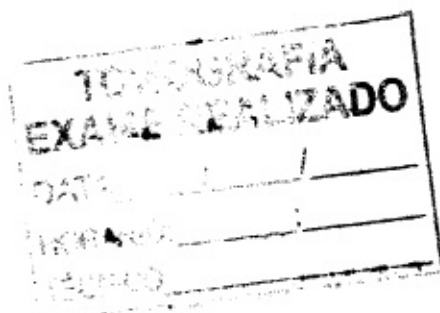
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 S3JUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS C MENSOES	1					[24/06] - 19:37

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 C3ONSULTA HOSPITALAR E MERGENCIA/URGENCIA	1					

Dra. Emmanuelle C. Tamiozo
PEDIATRA
CRM-PR 30.378

PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO
CRM-PR: 30378



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8477826 Prontuário: 405248 SAME: Hora Atend: 19:00 Data Atend: 24/06/2024
Paciente..... : ALICE SILVA CAMACHO Idade: 8 a
Endereço..... : RUA MARIO JOSE DE FREITAS FERRAZ
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGÁ UF.: PR CEP: 87015001
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA (ENFERM)
CID Principal..... : S098 - OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA PARA RESIDENCIA
Data Saída..... : 25/06/2024 Hora Saída : 01:24

Prestador da Evolução Médica: 4863 PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO

HDA

MAE RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA E BATEU A CABECA NO PORTAO(AMIGUINHO EMPURRC U0.
MAE NEGA SINCOPE, VOMITO.

EXAME FISICO

BEG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ANICTERICO, ACIANOTICO
FCC EM COURO CABELUDO EM REGIAO PARIETAL A DIREITA
A OTO NL
ORO NL
SEM ADENITE PATOLOGICA
AP MV+, PULMOES LIVES, S/ER
ACV RCR2T, BNF, NAO AUSCULTO SOPRO
ABDOMEN RHA+, INOCENTE, SEM MASSAS OU VCM, INDOLOR, SEM DEFESA, GIORDANO NEGATIVO, DB-
SEM LESOES DE PELE
PULSOS SIMETRICOS, CHEIOS, TEC<2S
SEM SINAIS DE TOXEMIA
SEM SINAIS MENINGEOS

DIAGNOSTICO

TCE
FCC COURO CABELUDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE

TRATAMENTO

TC CRANIO
FCC COURO CABELUDO(SUTURA)