

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** André Rodrigo Oliveira Ferreira  
**Nº da Carteira:** 4.36.2155  
**Instituição:** Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



**Data de Nascimento:** 03/01/2011 | **Nº da Guia:** 22919

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	15:09:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Cabeça

## Descrição

O aluno estava se deslocando da sala de aula para o banheiro e tropeçou e caiu na escada e bateu a cabeça no chão, abrindo um corte na testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graciano Peti Xavier Calembela	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graciano Peti Xavier Calembela	06/11/2024

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

o aluno foi atendo pelo monitor da unidade e os pais foram avisados e ja estão se descolando para a escola para levar o aluno ao hospital.

Ass.:

Sérgio Miranda

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 8719231

1 - Registro ANS 000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atividade para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

13 - Código da Operadora

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

21 - Carteira de Atendimento

22 - Data de Solicitação 11/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Atend.

29 - Código na Operadora 23876304000112

30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES 9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocorre ou ocorreu)

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 - Orde 43 - Via 44 - Tm 45 - % Real / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Qr. Part. 50 - Código na operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Gasto Medicamentos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Total Geral (R\$)





**Atendimento:** 8719231 **Pedido:** 3087990 **Ac. Number:** 3867862  
**Registro / Nome:** ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA  
**Data de Nascimento:** 03/01/2011 **Idade:** 13 anos, 10 meses e 3 dias **Sexo:** M  
**Pedido do Exame:** 06/11/2024 16:16:00 **Laudado:** 06/11/2024  
00:00:00 16:47:50  
**Convênio:** INST.ADVENTISTA-IAP  
**Médico Solicitante:** JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

**Técnica:** estudo realizado com tomógrafo multislice, sem a administração de contraste endovenoso.

### Relatório:

Densificação e aumento de partes moles subcutâneas na região frontal esquerda do crânio, com coleção hiperdensa associada, relacionada à hematoma subgaleal, medindo 1,0 cm de espessura. Calota craniana com aspecto normal. Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação preservado. Núcleos da base e regiões capsulares de aspecto anatômico. Ventriculos laterais e terceiro ventrículo de morfologia e calibre normais. Não há sinais de desvio das estruturas da linha média. Cisternas da base sem alterações. O IV ventrículo tem topografia mediana e calibre normal. Parênquima cerebelar e tronco cerebral com morfologia e densidade preservadas.

### Opinião:

Hematoma subgaleal frontal esquerda.  
Restante do estudo conforme descrito anteriormente.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 8838485 DATA: 06/11/2024 16:15  
USUÁRIO....: PJPSSANTOS  
ATENDIMENTO: 8719231 DT NASC: 03/01/2011 (13A 10M 4D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 638391 - ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/11/2024 15:48 0 DIAS(S) INT

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:

1ª VIA

Rubrica do Médico

\*8719231\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 TC COMP DE CRANIO	1						
<i>Justificativa.: TCE APOS QUEDA DA ESCADA NA ESCOLA, COM TRAUMA NO CORRIMÃO. COM HEMATOMA FRONTAL IMPORTANTE</i>							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 NOVALGINA 500MG/ML GOTAS	40	GOTAS		VO	AGORA	[06/11]	16:16

VISITA HOSPITALAR

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

CRANIO 24/02/2016  
Dr. João Paulo da Silva Santos  
RUBRICA

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS  
CRM-PR: 34162

TOMOGRAFIA  
EXAME REALIZADO  
DATA: / /  
HORARIO: :  
TÉCNICO: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 8719231    Prontuário: 638391    SAME:  
Paciente..... : ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA    Hora Atend: 15:48    Data Atend:06/11/2024  
Endereço..... : RUA JOSE MARTINS DE OLIVEIRA    Idade: 13 a  
Bairro..... : VILA PROGRESSO  
Cidade..... : MARINGA    UF.: PR    CEP: 87080050  
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP    Plano...: COLEGIO ADVENTISTA APART  
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO  
Data Saída..... : 06/11/2024    Hora Saída : 17:34

Prestador da Evolução Médica: 6182    PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

**HDA**

PACIENTE COM QUEDA DA ESCADA NA ESCOLA, COM TCE NO CORRIMÃO DA ESCADA. NO MOMENTO COM HEMATOMA SUGALEAL E DOR LOCAL. APRESENTA QUADRO GRIPAL HA 3 DIAS

**EXAME FISICO**

FACE: PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL MODERADO.  
PUPILAS SEM ALTERAÇÕES  
AP: SEM ALT

**DIAGNOSTICO**

TCE MODERADO

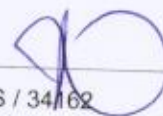
**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

TCE MODERADO

**TRATAMENTO**

TC CRANIO + DAPIRONA + OBSERVAÇÃO

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS / 34162  
PEDIATRIA





**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 8719231    **Prontuário:** 638391    **SAME:**    **Hora Atend:** 15:48    **Data Atend:**06/11/2024  
**Paciente**..... : ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA    **Idade:** 13 a  
**Endereço**..... : RUA JOSE MARTINS DE OLIVEIRA  
**Bairro**..... : VILA PROGRESSO    **UF..:** PR    **CEP:** 87080050  
**Cidade**..... : MARINGA    **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA APART  
**Convênio**..... : INST.ADVENTISTA-IAP  
**CID Principal**..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
**CID's Secundários** :  
**Resultado**..... : ALTA APOS MEDICACAO    **Hora Saída :** 17:34  
**Data Saída**..... : 06/11/2024

**Prestador da Evolução Médica:** 6182    **PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS**

**HDA**  
PACIENTE BEM CLINICAMENTE. TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES

**DIAGNOSTICO**  
TCE MODERADO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**  
TCE MODERADO

**TRATAMENTO**  
ALTA COM SINTOAMTICOS + ORIENTAÇ~EOS



relato

**Dados do Atendimento**

Atendimento: 8719231      Data/Hora: 06/11/2024 15:48      Prioridade: Baixa  
Paciente: 638391 - ANDRE RODRIGO OLIVEIRA FERREIRA      Sexo: M      Nasc.: 03/01/2011 (13a 10m 4d)  
Prestador: 3886 - AMILTON TEIXEIRA LIMA      Especialidade: 36 - PEDIATRIA  
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM      Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

**Clínica**

**Admissão**

Primeiro atendimento?    Sim     Não       Retorno com a mesma queixa?    Sim     Não

Queixa principal: MÃE RELATA ÀS 15:10H QUEDA DE NÍVEL (ESCADA). TCE E FCC SUPERFICIAL EM REGIÃO FRONTAL. APRESENTA CEFALEIA E HEMATOMA SUBGALEAL.

**Doenças Crônicas e Alergias**

Diabetes: N  
Úlcera: N  
Hipertensão: N  
Asma: N  
Outros: HIPOTIREOIDISMO  
Alergias: N

**Sinais Vitais**

P.A.:                      Pulso: 64 bpm      Temperatura: 36,6 °C

**Oncologia**

**Questionário**

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Menarca:	Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Nº de Partos:	Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Cidade:	UF:                      Hospital: AMARELO

**Outros**

Tratamento?    Sim     Não     Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 99%  
PESO: 68 KG  
ESCALA DE DOR: 6  
  
MED CONT: PURAN  
MED HOJE: NOVALGINA ÀS 14H (EM USO POR QUADRO GRIPAL)  
  
MED TRIAGEM: N

Beatriz L. de M. Brito  
Enfermeira  
COREN/RB 025395

Nome Empresarial	Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Título do Estabelecimento	Clinica Adventista de Curitiba
CNPJ	15.116.763/0004-12
Inscrição Municipal	04.01.655.696-3
Endereço	Alameda Júlia da Costa, 1447
Bairro	Bigorriho
CEP	80730-070
Município	Curitiba
UF	PR
Inscrição Estadual	Isenta

PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA - NOTA FISCAL ORIGINAL ACOMPANHADA  
DO RELATÓRIO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

OBS: NÃO EFETUAMOS REEMBOLSO COM A APRESENTAÇÃO DE RECIBO

## Declaração de Recebimento de Informação

Este documento certifica que o signatário abaixo assinado reconhece e confirma a recepção das informações precisas e completas concernentes ao procedimento de reembolso estabelecido pelo programa da AMA. A assinatura subsequente atesta a compreensão integral das diretrizes e a concordância com os termos relacionados ao processo mencionado.

Maringá 06 / 11 / 24

\_\_\_\_\_

**assinatura**

**CPF:**

Orientado por:

\_\_\_\_\_

**Nome**