

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Conrado Pereira de Lima

Nº da Carteirinha: 4.31.6628

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 26/05/2020

Nº da Guia: 22916

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	13:56:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluno escorregou e caiu, bateu a cabeça e fez galo.

Testemunha da ocorrência

Vanessa de Lima

Telefone

(44) 99991-1047

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido pela professora.

Ass.:

Anselmo Silva Santos

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

6/11/2024 15:01



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

2 - Nº Guia no Prestador 8719490

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data da Autorização

5 - Serviço

6 - Data Valsade da Sanita

7 - Numero da Guia Ambulatório pela Operadora

8 - Numero da Carteira
4316628

9 - Valsade da Carteira

10 - Nome
CONRADO PEREIRA DE LIMA

11 - Numero da Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RM
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
ELIOA RODRIGUES DE ALMEIDA

16 - Conselho Profissional
40065

17 - Numero no Conselho

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Contratado Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante
CEM 30378

22 - Data da Solicitação
06/11/2024

23 - Inscrição Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CHES
9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente ou Doença
(relacionado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - Data
37 - H-Início 38 - H-Fim 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

43 - Via 44 - Tbc 45 - % Real / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Descrição da Realização do Procedimento

49 - Qx Part 50 - Código na Operadora CFP 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 61 - Total Taxas do Material (R\$) 62 - Total de Opre (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gastos Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: L/CD/SL/VA

Data: 06/11/2024 14:18:24

Consulta: 8719490

Atendimento: 8719490

Contrato: INST ADVENTISTA/SP

8719490



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

2 - Nº Guia no Prestador 8719490

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário
R - Número da Carteira
4316628
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
CONRADO PEREIRA DE LIMA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Afastamento a RN
N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
23876304000112
14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMOZO
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
30378
18 - UF
41
19 - Código CBO
225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão de Atendimento
22 - Data da Solicitação
11/11/2024
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Q1 - Sólido
28 - Q2 - Autoriz.
29 - Q3 - Sólido
30 - Q4 - Autoriz.

Dados da Sociedade / Prestadora e Exames Solicitados
21 - Cartão de Atendimento
22 - Data da Solicitação
11/11/2024
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Q1 - Sólido
28 - Q2 - Autoriz.
29 - Q3 - Sólido
30 - Q4 - Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Q1 - Sólido
28 - Q2 - Autoriz.
29 - Q3 - Sólido
30 - Q4 - Autoriz.

29 - Código na Operadora
23876304000112
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
31 - Código CNEB
9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento
36 - Data
37 - Ht. Inicial
38 - Ht. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Q1 - Sólido
43 - Q2 - Sólido
44 - Q3 - Sólido
45 - Q4 - Sólido
46 - Q5 - Sólido
47 - Q6 - Sólido

Dados da Realização do Procedimento e Exames Realizados
30 - Data
37 - Ht. Inicial
38 - Ht. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Q1 - Sólido
43 - Q2 - Sólido
44 - Q3 - Sólido
45 - Q4 - Sólido
46 - Q5 - Sólido
47 - Q6 - Sólido

Identificação do Profissional Encarregado
48 - Sinal Físico
49 - Q1 - Part
50 - Código na operadora/CIF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa
59 - Total do Procedimento (R\$)
60 - Total das Taxas e Abusos (R\$)
61 - Total das Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total da CPWE (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
69 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSB/VA
Data: 11/11/2024 01:37:25
Contato: 8719490
Atendimento: 8719490
Centro: INST ADVENTISTA-LAP

8719490



Atendimento:	8719490	Pedido:	3088083	Ac. Number:	3867971
Registro / Nome:	CONRADO PEREIRA DE LIMA				
Data de Nascimento:	26/05/2020	Idade:	4 anos, 5 meses e 10 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	06/11/2024 21:08:00			Laudado:	07/11/2024 06:46:25
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

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

Relatório:

Estruturas da calota craniana preservada.

Não há evidência de focos de hemorragia aguda intraparenquimatosa, coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.

Sulcos e cisternas encefálicas preservadas.

Ventrículos laterais, III e IV ventrículos com morfologia, dimensões e topografia normais.

Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Impressão diagnóstica:

Exame dentro dos padrões normais.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8838977 DATA: 06/11/2024 21:07
USUÁRIO....: PECTAMIOZO
ATENDIMENTO: 8719490 DT NASC: 26/05/2020 (4A 5M 13D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 614462 - CONRADO PEREIRA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/11/2024 19:14 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8719490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 TC COMP DE CRANIO	1						
Justificativa.: QUEDA DE PROPRIA ALTURA - HEMATOMA TEMPORO-PARIETAL A DIREITA							

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO
CRM-PR: 30378

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

Dados do Atendimento

Atendimento: 8719490 Data/Hora: 06/11/2024 19:14 Prioridade: Baixa
Paciente: 614462 - CONRADO PEREIRA DE LIMA Sexo: M Nasc.: 26/05/2020 (4a 5m 13d)
Prestador: 6919 - ELOA RODRIGUES DE ALMEIDA 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: QMN

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes:

Úlcera:

Hipertensão:

Asma:

Outros:

Alergias:

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 102 bpm Temperatura: 366 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PAI RELATA QUE FILHO TEVE QMN AS 13:30 TCE , NEGA VOMITO , SONOLENCIA
ALERGICO AMOXICILINA COM CLAVUNOLATO , NEGA DOENÇA , NEGA MUC
KG - 16
ST 96%

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8719490 **Prontuário:** 614462 **SAME:** **Hora Atend:** 19:14 **Data Atend:** 06/11/2024
Paciente..... : CONRADO PEREIRA DE LIMA **Idade:** 4 a
Endereço..... : RUA MEXICO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU **UF...:** PR **CEP:** 87140970
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA APART
CID Principal..... : S098 - OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA PARA RESIDENCIA
Data Saída..... : 07/11/2024 **Hora Saída :** 01:48

Prestador da Evolução Médica: 4863 **PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO**

HDA

REAValiação:
CRIANÇA ATIVA, SORRIDENTE, NAO APRESNETOU VOMITO

DIAGNOSTICO

TCE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE

TRATAMENTO

ORIENT A MAE+ALTA

Dra. Emmanuelle Tamiozo
Pediatra
CRM: 30378

PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO / 30378
PEDIATRIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8719490 Prontuário: 614462 SAME: Hora Atend: 19:14 Data Atend:06/11/2024
Paciente..... : CONRADO PEREIRA DE LIMA Idade: 4 a
Endereço..... : RUA MEXICO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU UF.: PR CEP: 87140970
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA APAR1
CID Principal..... : S098 - OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA PARA RESIDENCIA
Data Saída..... : 07/11/2024 Hora Saída :01:48

Prestador da Evolução Médica: 4863 PLANTAO EMMANUELLE CRISTINA TAMIOZO

HDA

MAE RELATA QUEDA NA ESCOLA ANTES DAS 14H, ONDE ESCORREGOU EM AGUA E BATEU A CABEÇA MO CHAO. NEGA SINCOPE, VOMITO.

EXAME FISICO

BEG, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA, AFEBRIL, ATIVA
A OTO NL
RINO COM SECREÇÃO HIALINA
ORO AUSENCIA DE HIPEREMIA, SEM DESCARGA POSTERIOR
AP MV+, PULMOES LIVRES, S/ER
ACV RCR2T, BNF, SEM SOPRO
ABDOME PLANO, RHA+, FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO
SEM SINAIS MENINGEOS
HEMATOMA EM REGIAO PARIETO-TEMPORAL A DIREITA

DIAGNOSTICO

TCE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE

TRATAMENTO

TC CRANIO