

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                                                                                                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                                                                                   |  |
| 4 - Data de Autorização                                                                                                                                                                                                     |  | 5 - Sentia                                                                                                                                                                     |  |
| 8 - Número da Carteira<br>27871                                                                                                                                                                                             |  | 9 - Validade da Carteira                                                                                                                                                       |  |
| 10 - Nome<br>DAVI DE DEUS SILVA BURINI                                                                                                                                                                                      |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                  |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                  |  | 6 - Data Validade da Sentia                                                                                                                                                    |  |
| 7 - Número da Guia Antecedente pela Operadora                                                                                                                                                                               |  | 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                     |  |
| 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                                                                                                     |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARISTELA GOMES GONCALVES                                                                                                             |  |
| 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                                                                                                             |  | 17 - Número no Conselho<br>10518                                                                                                                                               |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                                                                                                                                               |  | 19 - Código CBO<br>225124                                                                                                                                                      |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>                                                                                                                                                                             |  | 21 - Caráter Atendim.<br>2                                                                                                                                                     |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>26/02/2025                                                                                                                                                                                      |  | 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                         |  |
| 24 - Tabela<br>22                                                                                                                                                                                                           |  | 25 - Código do Procedimento<br>10101039                                                                                                                                        |  |
| 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                                                                                                                                                                                |  | 27 - Qlde. Solic.<br>1                                                                                                                                                         |  |
| 28 - Qlde. Aut.                                                                                                                                                                                                             |  | 29 - Código na Operadora<br>30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                            |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                                                                   |  | 32 - Tipo Atendimento<br>33 - Indicação de Acidente ou Doença Reacionada                                                                                                       |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                     |  |
| 36 - Data<br>37 - Hora Inicial<br>38 - Hora Final<br>39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição<br>42 - Qlde.<br>43 - Via 44 - Tec.<br>45 - Rai Red/Acresc<br>46 - Valor Unitário(R\$)<br>47 - Valor Total(R\$) |  | 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.<br>50 - Código na operadora/CPF<br>51 - Nome do Profissional<br>52 - Cons Profissional<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /                                                                                                 |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>                                                                                                                             |  |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                                                                                                                                            |  | 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                                                                                                 |  |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                                                                                                                                                                           |  | 61 - Total Materiais (R\$)                                                                                                                                                     |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)                                                                                                                                                                                                    |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                                                                                               |  |
| 64 - Total de Gases Médicos (R\$)                                                                                                                                                                                           |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>489,02                                                                                                                                               |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>                                                                                                                                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>                                                                                                                             |  |

Impresso por: MARISTELA. Data/Hora: 26/02/2025 13:50:19

Atendimento: 4590981

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4590981

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Davi de Deus Silva Burini  
**Nº da Carteira:** 2.78.71  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais

**Data de Nascimento:** 25/10/2012

**Nº da Guia:** 24668

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 26/02/2025         | 11:31:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Cabeça          |

## Descrição

O aluno estava em Ed. Física, quando chocou a cabeça com outros dois colegas. Ele está firme e bem, mas sente dores. Ele tem doze anos.

## Testemunha da ocorrência

Professor Felipe

## Telefone

(41) 3097-7450

## Quem prestou primeiros socorros

Monitora Berenice

## Data

26/02/2025

## Local de atendimento

## Endereço

## Nº

## Bairro

## Telefone

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

107  
0

Água Verde,  
Curitiba - PR

(41) 3310-1000  
(41) 3310-1326

## Observações

A mãe foi avisada. O aluno recebeu gelo no local. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

*Ingo Iwankiw*  
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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)

**Data do Atendimento**

26/02/2025 (

**Nº Atendimento**

4590981



EMERGENCIA CONVENIOS

|                                |                             |                    |                 |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Paciente</b>                | <b>Data de Nascimento</b>   | <b>Sexo</b>        | <b>CPF</b>      |
| DAVI DE DEUS SILVA BURINI      | 25/10/2012                  | M                  |                 |
| <b>Responsável Legal 1</b>     | <b>Responsável Legal 2</b>  |                    | <b>Telefone</b> |
| JESSICA RAISA DE DEUS SILVA    | THARLES DIOGO BURINI XAVIER |                    | 31075498        |
| <b>Endereço</b>                | <b>Número</b>               | <b>Complemento</b> |                 |
| RUA VINTE E DOIS DE ABRIL      | 602                         | CASA               |                 |
| <b>Cidade</b>                  | <b>Bairro</b>               | <b>CEP</b>         | <b>UF</b>       |
| PINHAIS                        | ESTANCIA PINHAIS            | 83323205           | PR              |
| <b>Convênio</b>                | <b>Plano</b>                |                    | <b>CID</b>      |
| CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | EMPRESARIAL                 |                    | S008            |

**Histórico - Anamnese**

Classificação de risco: NÃO URGENTE

**DS\_HIST\_DOENCA\_ATUA** RX DE CRANIO NORMAL, ORIENTAÇÃO RETORNO SE SINAIS DE ALERTA.**DS\_EXAME\_FISICO**

MARISTELA GOMES GONCALVES

CRM: 10518

**Data do Atendimento**

26/02/2025 (

**Nº Atendimento**

4590981

**HOSPITAL**  
**pequeno PRÍNCIPE**

EMERGENCIA CONVENIOS

|                                |                             |                    |                 |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>Paciente</b>                | <b>Data de Nascimento</b>   | <b>Sexo</b>        | <b>CPF</b>      |
| DAVI DE DEUS SILVA BURINI      | 25/10/2012                  | M                  |                 |
| <b>Responsável Legal 1</b>     | <b>Responsável Legal 2</b>  |                    | <b>Telefone</b> |
| JESSICA RAISA DE DEUS SILVA    | THARLES DIOGO BURINI XAVIER |                    | 31075498        |
| <b>Endereço</b>                | <b>Número</b>               | <b>Complemento</b> |                 |
| RUA VINTE E DOIS DE ABRIL      | 602                         | CASA               |                 |
| <b>Cidade</b>                  | <b>Bairro</b>               | <b>CEP</b>         | <b>UF</b>       |
| PINHAIS                        | ESTANCIA PINHAIS            | 83323205           | PR              |
| <b>Convênio</b>                | <b>Plano</b>                |                    | <b>CID</b>      |
| CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | EMPRESARIAL                 |                    | S008            |

**Histórico - Anamnese**

Classificação de risco: NÃO URGENTE

**DS\_HIST\_DOENCA\_ATUA** BATEU A CABEÇA NA CABEÇA DO COLEGA E NO CORPO DO OUTRO COLEGA.NÃO DESMAIOU NÃO VOMITOU NÃO FEZ HEMTOMA , NÃO ESTÁ DOENDO NO LOCAL.

**DS\_EXAME\_FISICO**

CRIANÇA EM BEG, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA, ATIVA, REATIVA  
EX. NEUROLÓGICO NORMAL, SEM SINAIS MENÍNGEOS  
OTO: NORMAL  
ORO: HIPEREMIA DISCRETA  
ACV: RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS  
AR: MV PRESENTE, BILATERALMENTE, SEM RA, SEM ESFORÇO RESPIRATÓRIO,  
ABDOME: RHA+, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VMG OU MASSAS PALPÁVEIS, BLUMBERG E  
GIORDANO NEGATIVOS  
MEMBROS SEM ALTERAÇÕES  
PELE- NORMAL

MARISTELA GOMES GONCALVES

CRM: 10518