

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 23452

4 - Data da Autorização 02/09/2024 5 - Setor 20565 6 - Data de Validade da Setor 23452

8 - Número da Carteira 2782302 9 - Validade da Carteira 30/09/2024 12 - Atendimento a RN N

10 - Nome ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 15 - Nome do Profissional Solicitante MONIQUELLE BARBOSA DA SILVA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 57171 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Cartão do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 02/09/2024 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado MONIQUELLE BARBOSA DA SILVA 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de atendimento 32 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 02/09/2024 37 - Hora Inicial 15:59:45 38 - Hora Final 15:59:45 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Qtd 001 43 - Via 44 - Tpc 45 - Fator Red./Acrese 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa 59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 258 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 259 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 260 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 261 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 262 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 263 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 264 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 265 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 266 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 267 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 268 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 269 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 270 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 271 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 272 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 273 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 274 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 275 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 276 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 277 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 278 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 279 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 280 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 281 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 282 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 283 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 284 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 285 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 286 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 287 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 288 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 289 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 290 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 291 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 292 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 293 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 294 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 295 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 296 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 297 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 298 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 299 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 300 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Kerolyn dos Santos Costa
Nº da Carteira: 2.78.2302
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 06/09/2017

Nº da Guia: 20565

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2024	13:07:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna estava brincando de pega pega com colegas até colega empurrar ela e ela cair e resultando na cabeça da aluna batendo no chão e cortando.

Testemunha da ocorrência

Monitora Berenice

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Berenice

Data

02/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gaze para estancar o sangramento.

Ass.:

Gabriela Gonçalves Marcon
Orientadora

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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

Paciente: ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Atenciosamente,

 **Ana Kerolyn dos Santos Costa.pdf**
1 MB

De : NICOLE LIMA DE OLIVEIRA
<nicole.lima@hpp.org.br>

qui., 05 de set. de 2024 10:05

 1 anexo

Assunto : HPP - ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA -
CLÍNICA ADVENTISTA

Para : assistenciamedica
<assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>,
gestaosau
<gestaosau@clinicaadventista.org.br>

Cc : liberacoes-emergenciais <liberacoes-
emergenciais@hpp.org.br>

Prezado (a) Bom dia!

Paciente: ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Atenciosamente,

 **Ana Kerolyn dos Santos Costa.pdf**
1 MB

Prezados, boa tarde!

Autorizado COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01 para ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA

Atenciosamente,

Talytha Carvalho

Analista de Informação em Saúde

 (41) 3240-2915

 (41) 3240-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br



Clínica Adventista
de Curitiba



Clínica Adventista
de Porto Alegre

De: NICOLE LIMA DE OLIVEIRA <nicole.lima@hpp.org.br>

Enviada em: quinta-feira, 5 de setembro de 2024 10:06

Para: assistenciamedica <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>; gestaosaude <gestaosaude@clinicaadventista.org.br>

Cc: liberacoes-emergenciais <liberacoes-emergenciais@hpp.org.br>

Assunto: HPP - ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA - CLÍNICA ADVENTISTA

Prezado (a) Bom dia!

Paciente: ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Atenciosamente,

De : NICOLE LIMA DE OLIVEIRA
<nicole.lima@hpp.org.br>

qui., 05 de set. de 2024 10:05

 1 anexo

Assunto : HPP - ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA -
CLÍNICA ADVENTISTA

Para : assistenciamedica
<assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>,
gestaosaude
<gestaosaude@clinicaadventista.org.br>

Cc : liberacoes-emergenciais <liberacoes-
emergenciais@hpp.org.br>

Prezado (a) Bom dia!

Zimbra

nicole.lima@hpp.org.br

RES: HPP - ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA - CLÍNICA ADVENTISTA

De : assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

sex., 06 de set. de 2024 12:56

Assunto : RES: HPP - ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA -
CLÍNICA ADVENTISTA 1 anexo**Para :** 'NICOLE LIMA DE OLIVEIRA'
<nicole.lima@hpp.org.br>, 'gestaosaude'
<gestaosaude@clinicaadventista.org.br>**Cc :** 'liberacoes-emergenciais' <liberacoes-
emergenciais@hpp.org.br>