

1 - Registro ANS 000000  
8 - Número da Guia Principal 4424588000000

4 - Data da Autorização  
5 - Sembr  
6 - Data Validada da Sembr  
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3269460  
9 - Validade da Carteira 30/08/2024  
10 - Nome AFONSO VIEIRA DE QUADROS  
11 - Cartão Nacional da Saúde  
12 - Atendimento a RN N

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 NATALLIA SASAKI DELLA MOTTA  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 48130  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225230  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
21 - Caráter Atendim. 2  
22 - Data da Solicitação 13/08/2024  
23 - Indicação Clínica  
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição  
27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante  
29 - Código na Operadora 59  
30 - Nome do Contratado NATALLIA SASAKI DELLA MOTTA  
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento  
32 - Tipo Atendimento 04  
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9  
34 - Tipo de Consulta 1  
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento  
36 - Data 13/08/2024  
37 - Hora Inicial 18:56:43  
38 - Hora Final 18:56:43  
39 - Tabela 22  
40 - Procedimento 10101039  
41 - Descrição Consulta em pronto socorro  
42 - Cicle 001  
43 - Via  
44 - Tec  
45 - Fator Red/Acreac  
46 - Valor Unitário (R\$)  
47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  
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  
Identificação dot(s) Profissional(is) Executante(s)  
30805294  
su fura

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série  
1 - / /  
2 - / /  
3 - / /  
4 - / /  
5 - / /  
6 - / /  
7 - / /  
8 - / /  
9 - / /  
10 - / /  
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
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 Medicinais (R\$)  
65 - Total Geral (R\$)  
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ALISSON, Data/Hora: 13/08/2024 18:57:39  
Conta/Lote: 2440777  
Atendimento: 4424588  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
2440777  
1 / 1

Natalia S. Della Motta  
CRM-PR 48.130

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Afonso Vieira de Quadros  
Nº da Carteira: 3.26.9460  
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 25/02/2019

Nº da Guia: 19896

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	18:13:00	Corredor	Deslocamento interno

### O que aconteceu

Quebrou o dente

### Partes do corpo

Dentes Superiores

### Descrição

O aluno estava indo para a fila na saída, quando tropeçou e bateu o dente no chão e cortou o lábio.

### Testemunha da ocorrência

Eliane

### Telefone

(41) 3028-5430

### Quem prestou primeiros socorros

Eliane

### Data

13/08/2024

### Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

### Endereço

Rua Desembargador Motta

### Nº

107  
0

### Bairro

Água Verde,  
Curitiba - PR

### Telefone

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

### Observações

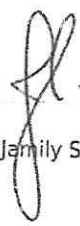
Aluno foi atendido pela prof.<sup>a</sup> e colocado gelo na boca para aliviar a dor. Aluno cortou o lábio

76.726.884/0016-04

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA  
DE EDUCAÇÃO Ass.:

RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707  
PORTÃO - CEP 81070-090

CURITIBA - PR

  
Jamilly Souza

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

**DADOS DO PACIENTE**

CODIGO 00667666

Nome Paciente: AFONSO VIEIRA DE QUADROS Idade: 5 Anos 5 Meses 19 Dias Sexo: MASCULIN  
Data Nasc: 25/02/2019 Resp. Legal 2: GUILHERME ROSA DE QUADROS CNS do Paciente:  
Resp. Legal 1: GABRIELA VIEIRA Número: 3693 Complemento: APARTAMENTO  
Endereço: RUA DOUTOR JOAO TOBIAS PINTO REBEL Bairro: PORTAO CEP: 81070070 UF: PR  
Cidade: CURITIBA Telefone: 992685559 Grau de Parentesco: PAI

**DADOS DO ATENDIMENTO**

CODIGO 04424588

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA CRM: 48130 Unid. Internação:  
Data/Hora: 13/08/2024 - 18:56 Leito:  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL Matrícula: 3269460  
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

## Anamnese

### História da Doença Atual (HDA)

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

### Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO  
LESÃO CORTOCONTUSA EM RIMA NASOLABIAL DE 1 CM

### Diagnóstico

FCC

### Tratamento/Conduta

LIMPEZA E SÍNTESE DO FERIMENTO COM COLA CIRÚRGICA  
ORIENTAÇÕES AOS PAIS  
RETORNO SE SINAIS DE ALARME

Natália S. Della Motta  
CRM-PR 48.130

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA  
CRM: 48130

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resoluc CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM n 063, por

Estado: Assinatura digital válida

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA, CPF 42156186812, s 19:34 GMT-03:00 de 13/08/2024.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Documento C468-V1882