

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 23452	5 - Data de Autorização 02/09/2024	6 - Data de Validade da Senha 20565	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 23452	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 2782302					
9 - Validade da Carteira 30/09/2024					
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 MONIQUELLY BARBOSA DA SILVA	
16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 57171	
18 - UF 41	
19 - Código CBO 225230	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Carteira 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 - Qtda. Solic. 28 - Qtda. Aut.	

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado MONIQUELLY BARBOSA DA SILVA
31 - Código CNES 15563	
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	
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Oide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de atendimento 92 - Saúde Ocupacional	

30805294 suturna

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	
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -

11155 RD-MC3
CAIDJW

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anagias (R\$)	61 - Total de 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						
68 - Assinatura do Contratado						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Kerolyn dos Santos Costa
Nº da Carteirinha: 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	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	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	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gases 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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ANA KEROLYN DOS SANTOS COSTA Idade: 6 Anos 11 Meses 27 Dias Sexo: FEMININO
Data Nasc: 06/09/2017 Resp. Legal 1: KARLA CRISTIANE DOAS DOS SANTO Resp. Legal 2: RELBERSON FERREIRA COSTA CNS do Paciente:
Endereço: RUA SALGADO FILHO DE 852 A 2164 Número: 2100 Complemento:
Cidade: PINHAIS Bairro: PINEVILLE CEP: 83320340 UF: PR
Responsável: RELBERSON FERREIRA COSTA Telefone: 996621136 Grau de Parentesco: PAI

CODIGO 04444320

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): MONIQUELLE BARBOSA DA SILVA CRM: 57171 Unid. Internação:
Data/Hora: 02/09/2024 - 15:59 Plano: EMPRESARIAL Leito:
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matrícula: 2782302
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA COM FCC EM REGIÃO DE FRONTE. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE 2 CM

Diagnóstico

FCC EM FACE

Tratamento/Conduta

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

Moniquelly Barbosa da Silva
MÉDICA
CRM-PR 57171

Medico(a): MONIQUELLE BARBOSA DA SILVA
CRM: 57171

Paciente 00687920

Atendimento 04444320

Documento C468-V1882

