



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 23562

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Semta 20637	
8 - Número da Carteira 2333502		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome GEOVANNA FABRICIO DA SILVA		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM N	
Dados do Beneficiário			
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 224		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr Manoel Pedro Masem CRM 47302	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 03/09/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qlde. Solic. 1	
28 - Qlde. Aut.		31 - Código CINES 13563	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Aclimante (Acidente ou Doença Reacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - 1 Absa	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qlde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Val Red/Acrese	
46 - Valor Unitário(R\$)		47 - Valor Total(R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Cons. 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 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)	
61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPM (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinas (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Geovanna Fabricio da Silva

Nº da Carteira: 2.33.3502

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 08/05/2007

Nº da Guia: 20637

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	17.29.00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

A aluna estava jogando bola quando caiu e bateu a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência

Professora Larissa

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Mari

Data

03/09/2024

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 sala de apoio pelo monitor, foi feito compressa de gelo no local da dor.

Ass: _____

Daniele Novaes Torino

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

Data do Atendimento

03/09/2024 (

Nº Atendimento

4445723

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONV

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
GEOVANNA FABRICIO DA SILVA	08/05/2007	F	12899714988
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
MARICI FABRICIO DA SILVA	MARICI FABRICIO DA SILVA		998282290
Endereço	Número	Complemento	
RUA CLEMENTINO ZETOLA JUNIOR	1930		
Cidade	Bairro	CEP	UF
SAO JOSE DOS PINHAIS	SANTO ANTONIO	83025443	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA Geovanna 17 anos**HMA:**

Refere que apresentou queda da propria altura com trauma em região occipital há 5 horas. Sem perda da consciencia, nega vomito, dificuldade para deambular, perda de força em braço ou perna, mudança no comportamento.

HPP: Nega doenças pregressas. Nega uso diário de medicamentos. nega alergias a medicamentos, calendário vacinal atualizado.

DS_EXAME_FISICO

Criança em BEG, corada, hidratada, alerta, lúcida e orientada, interagindo ao exame físico.
CP: MUC, saliva fluida. Sem massas/LNMG.
Olhos: sp. Oto: conduto auditivo pérvio sp; MT íntegra, translúcida, com reflexo luminoso bilateralmente, sp.
Oro: sem hiperemia, placas/exsudato purulento, petéquias, aftas/úlceras ou outras lesões.
Rino ant: ausência de hiperemia, coriza ou hipertrofia de cornetos.
AP: MVUA, sem RA. Sem sinais de esforço respiratório.
ACV: BCRNF, 2T, SS audíveis. Pulsos periféricos amplos, rítmicos e simétricos.
ABD: RHA+, timpânico, flácido, indolor, sem massas/VCM palpáveis. Sem sinais de irritação peritoneal.
Ext aquecidas e bem perfundidas; turgor de pele normal. TEC<3seg.
Neuro: PIFR. Sem sinais de irritação meníngea. ECG 15.
Pele íntegra, sem lesões, sinais cutâneos, sufusões hemorrágicas, ou outras alterações.

HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE

CRM: 224