

1 - Registro ANS 0

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

22087

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

12 - Atendimento a RM

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2117633

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

BENJAMIN CAVILHA SCUPINO

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

10518

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

MARISTELA GOMES GONCALVES

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qlde. Solic.

1

28 - Qlde. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (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 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Trai Red/Acresc

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: MARISTELA. Data/Hora: 11/10/2024 16:12:31

Atendimento: 4483152

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4483152



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Benjamin Cavilha Scupino

Nº da Carteira: 2.11.7633

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 01/04/2015

Nº da Guia: 22087

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2024	12:46:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando com a bola, junto com os colegas, quando ao tentar pegar a bola, escorregou e bateu a cabeça no chão, levantou-se chorando com muita dor e um pouco zozinho, criando um galo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Isaura	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Isaura	11/10/2024

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

O aluno foi atendido pela monitora, onde imediatamente colocou gelo no local, foi encaminhado para a coordenação, onde foi avaliado e feito o contato com o pai do aluno.

Ass.:

Tiago Rocha de Oliveira

Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

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
11/10/2024 (C
Nº Atendimento
4483152



EMERGENCIA CONVENI

Paciente	Data de Nascimento *	Sexo	CPF
BENJAMIN CAVILHA SCUPINO	01/04/2015	M	12175342964
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
MICHEL Rossane Cavilha Scupino	GABRIEL SCUPINO		996333481
Endereço	Número	Complemento	
RUA CARMELINA CAVASSIN	1280	CASA 10	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	BARREIRINHA	82220170	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S009

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA CAIU NO CHÃO E BATEU A CABEÇA HÁ 3 HORAS ATRAS FICOU UM POUCO TONTO , MAS NÃO DESMAIOU , NÃO VOMITOU.

DS_EXAME_FISICO PACIENTE EM BEG, ATIVO, REATIVO, HIDRATADO, CORADO. AFEBRIL
SNC: ATIVO E REATIVO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA
AC: RCR 2T BCNF SEM SOPRO, TEC = 2SEG
AR: MV + BILATERALMENTE, SEM RA, SAT 98% EM AA, EUPNEICO
ABD: PLANO, FLÁCIDO, SEM VCM, INDOLOR
PELE: SEM ALTERAÇÕES
ORO: SEM ALTERAÇÕES

MARISTELA GOMES GONCALVES
CRM: 10518

Data do Atendimento
11/10/2024 (

Nº Atendimento
4483152



EMERGENCIA CONVENI

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
BENJAMIN CAVILHA SCUPINO	01/04/2015	M	12175342964
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
MICHELA ROSSANE CAVILHA SCUPINO	GABRIEL SCUPINO		996333481
Endereço	Número	Complemento	
RUA CARMELINA CAVASSIN	1280	CASA 10	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	BARREIRINHA	82220170	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S009

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA RX DE CRANIO NORMAL ORIENT-ÇÃO SOBRE SINAIS DE ALERTA ,RETORNO SE NECESSÁRIO.

DS_EXAME_FISICO

MARISTELA GOMES GONCALVES
CRM: 10518