



1 - Registro ANS: 0

2 - Número da Guia Principal

3 - Data da Autorização

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário: FERNANDO DE SOUZA BRANZANI

9 - Número da Carteira: 367258

10 - Nome: FERNANDO DE SOUZA BRANZANI

11 - Cartão Nacional de 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: NILTON KIESEL FILHO

16 - Conselho Profissional: 6

17 - Número no Conselho: 8961

18 - UF: 41

19 - Código CBO: 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: *Dr. Nilton Kiesel Filho*

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.: 2

22 - Data da Solicitação: 31/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela: 1

25 - Código do Procedimento: 10101039

26 - Descrição: Consulta em pronto socorro

27 - Qtd. Solic.: 1

28 - Qtd. Aut.: 1

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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fat. Real/Acess.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
11/10/24	11:00	11:30	1	10101039	EMP. PRONTO SOCORRO	1				4501,920	4501,920

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

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 CPQ/E (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: Fernando de Souza Branzani
Nº da Carteira: 3.6.7258
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 15/03/2016

Nº da Guia: 22709

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	15:17:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição

O aluno estava no horário do intervalo na quadra jogando bola, o mesmo correu e terminou tropeçando com outro aluno que corria na mesma direção e acabaram caindo. O aluno bateu a bochecha do lado direito do rosto na cabeça do outro aluno. O mesmo foi atendido na sala de apoio, reclama de muita dor e um pouco de inchaço na região afetada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
(Alisson)monitor	(41) 3028-5440

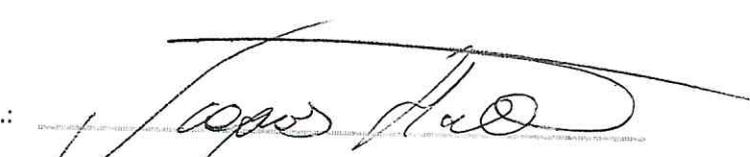
Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth Cervera -monitora	31/10/2024

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 na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, foi aplicado gelo no local afetado para aliviar a dor e sinais de inchaço, o mesmo reclama de um pouco de dor no local afetado. Os pais foram avisados e orientados a levar o aluno ao médico.

Ass.:


Jaques Henrique De Oliveira

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:

Data do Atendimento

31/10/2024 (

Nº Atendimento

4501920

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
FERNANDO DE SOUZA BRANZANI	15/03/2016	M	12555084932
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
TATIANE DE SOUZA SILVA BRANZANI	FERNANDO ANTONIO BATISTELLA BRAN		
Endereço	Número	Complemento	
RUA CAPISTRANO DE ABREU - ATE 724/725	202		
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	BOA VISTA	82540320	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S009

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA Trauma na cabeça de outro colega nesta tarde. Com dor de cabeça.**DS_EXAME_FISICO** Edema em arco zigomático direito

NILTON KIESEL FILHO

CRM: 8961