

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Sentia	
6 - Data Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 2782410		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome GIOVANNA FREIRE SALES		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN 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	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		
21 - Cartão de Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 22/11/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - Cide. Solic.	28 - Cide. 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 Relacionada)	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 - Qide.	43 - Via	44 - Tec.	45 - FaltRedAcresc	46 - Valor Unitário(R\$)	47 - Valor Total(R\$)
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

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
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10

58 - Observações / Justificativa	

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EDGAR.

Data/Hora: 22/11/2024 10:58:06

Atendimento: 4521027

Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4521027

Edgar G. G. Klinsky
CRM PR 28784

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna Freire Sales
Nº da Carteirinha: 2.78.2410
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 02/04/2013

Nº da Guia: 23364

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	09:20:00	Corredor	Briga

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Olho Direito

Descrição

A aluna estava indo pra sala, no corredor, no final do intervalo, quando, brincando com um colega, que veio de chinelo (por causa de uma unha encravada), ele acabou arremessando o chinelo, que atingiu o olho direito da Giovanna. Ela chorou, o rosto inchou de imediato. Agora ela já está mais calma, mas ainda lagrima bastante. Ela tem onze anos.

Testemunha da ocorrência

Monitor Lucas

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Caio

Data

22/11/2024

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

o pai foi avisado. A aluna recebeu gelo no local. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw

Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Data do Atendimento

22/11/2024 (

Nº Atendimento

4521027

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
GIOVANNA FREIRE SALES	02/04/2013	F	10800936990
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
ANNA LUIZA SALES LIMA	JOEL FREIRE DA SILVA		995831023
Endereço	Número	Complemento	
RUA CAFE FILHO	717		
Cidade	Bairro	CEP	UF
PINHAIS	JARDIM AMELIA	83330030	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		H058

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: NÃO URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA dor em olho posterior a ser atingida por chinelo**DS_EXAME_FISICO** beg,afebril,hidrat e corado
discreto edema orbitarioEDGAR GUILLERMO DE GUTIERREZ KLINSKY
CRM: 28784

Data do Atendimento
22/11/2024 ()
Nº Atendimento
4521027



EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
GIOVANNA FREIRE SALES	02/04/2013	F	10800936990
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
ANNA LUIZA SALES LIMA	JOEL FREIRE DA SILVA		995831023
Endereço	Número	Complemento	
RUA CAFE FILHO	717		
Cidade	Bairro	CEP	UF
PINHAIS	JARDIM AMELIA	83330030	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		H058

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: NÃO URGENTE

DS_DIAGNOSTICO trauma orbitario

DS_TRATAMENTO sinr

EDGAR GUILLERMO DE GUTIERREZ KLINSKY
CRM: 28784