

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sembr 22140	
6 - Número da Carteira 2325983		9 - Validade da Carteira	
8 - Nome do Beneficiário		10 - Nome ISABELLI CRISTINA BORGES MARQUES	
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARISTELA GOMES GONCALVES		16 - Conselho Profissional 6	
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 17/10/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qtd. Solic. 1	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação da Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data			
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Falt. Red/Acresc. 46 - Valor Unitário(R\$) 47 - Valor Total(R\$)			
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPP 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 Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Médicos (R\$)			
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
67 - Assinatura do Profissional			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: MARISTELA. Data/Hora: 17/10/2024 16:15:45

Atendimento: 4488571

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4488571



Maristela Gomes Gonçalves
CRM 10563

Cópia

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelli Cristina Borges Marques

Nº da Carteira: 2.32.5983

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 12/03/2011

Nº da Guia: 22170

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/10/2024	09:19:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Pé Esquerdo, Cabeça

Descrição

A aluna deitou na cadeira e quando foi levantar perdeu o equilíbrio e caiu no chão batendo o pé esquerdo e a cabeça

Testemunha da ocorrência

Rocha

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Rocha

Data

17/10/2024

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Foi aplicado gelo e comunicado ao responsável do aluno.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa
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
17/10/2024
Nº Atendimento
4488571



EMERGENCIA CONVE

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
ISABELLI CRISTINA BORGES MARQUES	12/03/2011	F	14625787998
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
KELLY CRISTINA BORGES DOS SANTOS MARC	FABIO ADRIANO MARQUES		997571917
Endereço	Número	Complemento	
RUA HUMBERTO ZANATO	10	BL 1 AP 203	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	PINHEIRINHO	81870250	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S009

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA CAIU DE UMA CADEIRA DA ESCOLA E BATEU A CABEÇA NA REGIÃO OCCIPITAL E BATEU A REGIÃO DA PERNA ESQUERDA ,NÃO SABE COMO, NÃO SABE SE PERDEU CONSCIENCIA, REFERE QUE FICOU NO CHÃO DE OLHO FECHADO COM NÁUSEAS.

DS_EXAME_FISICO CRIANÇA EM BEG, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA, ATIVA, REATIVA, COLABORATIVA, DOR EM REGIÃO OCCIPTAL DOR NA PERNA ESQUERDA
EX. NEUROLÓGICO NORMAL, SEM SINAIS MENÍNGEOS
OTO: SP / ORO: SP / RINO: SP
ACV: RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS
AR: MV PRESENTE, BILATERALMENTE, SEM RA, SEM ESFORÇO RESPIRATÓRIO,
ABDOME: RHA+, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VMG OU MASSAS PALPÁVEIS.
EXTREMIDADES AQUECIDAS, TEC <3SEG.

MARISTELA GOMES GONCALVES
CRM: 10518