

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3382679		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome LAVINIA FRANCO PADILHA		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 NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 11611		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cartão Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/10/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qlde. Solic.	
28 - Qlde. Aut.		29 - Qlde. Solc.	
Dados do Contratado Executante			
30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES 15563	
15 - Dados do Atendimento			
32 - Indicação de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (Assinatura ou Impressão Responsável)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Rótulo de Encerramento do Atendimento	
16 - Dados de Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Hora Inicial		37 - Hora Final	
38 - Hora Final		39 - Hora Final	
40 - Hora Final		41 - Código do Procedimento	
42 - Qlde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - At. Rec. A. Tec.	
46 - Valor (Unidade/R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
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 - / /	
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 Médicinas (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: NEUMA.

Data/Hora: 23/10/2024 13:18:33

Atendimento: 4494002

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4494002

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Copiar e Colar



Aluno: Lavínia Franco Padilha
Nº da Carteira: 3.38.2679
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 28/12/2016

Nº da Guia: 22377

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	11:30:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Aluna afirma estar andando no pátio na saída das aulas e acabou escorregando e bateu a cabeça na lateral direita e gerou muita dor.

Testemunha da ocorrência

Tiago Schade

Telefone

(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros

Tiago Schade

Data

23/10/2024

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

Aluna foi encaminhada pelo monitor Tiago que a atendeu para o monitor Bruno que procurou a direção para realizar o formulário.

Ass.:

Daiane dos Santos de Oliveira

Daiane S. Oliveira
Secretária
Ato 1550/2022

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

23/10/2024 (

Nº Atendimento

4494002

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
LAVINIA FRANCO PADILHA	28/12/2016	F	
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
BIANCA FRANCO PADILHA	THIAGO PADILHA		32687344
Endereço	Número	Complemento	
RUA MARIA LUIZA ALVES DE MORAES	92		
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	CIDADE INDUSTRIAL	81460345	PR
Convênio	Plano		CID
CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		W013

Histórico - Anamnese

Classificação de risco:

URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA Ela caiu na escola na saída da escola, nega perda de consciência, nega vômitos

DS_EXAME_FISICO BEG palidez de pele ot brilho sem preseça de sangue cpp livres abdome flácido

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN
CRM: 11611