

1 - Registro ANS	5 - Número da Guia Principal				
000000	4280236000000				
4 - Data da Autorização	5 - Senha				
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira				
2117943	30/07/2028				
10 - Nome					
SOPHIA BUZINHANI SIRANGELO					
11 - Cartão Nacional de Saúde					
12 - Atendimento a RN					
N					
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado				
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional				
MARIANA CAMPOS POLESEL	6				
17 - Número no Conselho	18 - UF				
41682	41				
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
225124	EM ANEXO				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Cartão Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
2	14/03/2024				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição			
27 - QI Solic.					
28 - QI Autoriz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES			
59	MARIANA CAMPOS POLESEL	15563			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta			
04	9	1			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
1 14/03/2024	17:26:56	17:26:56	22	10101039	Consulta em pronto socorro
42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
001				1,00	175,36
558,00					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora	CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho 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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)
175,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
65 - Total Geral (R\$)	175,36				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
EM ANEXO					
GABRIELLE. Data/Hora: 28/03/2024 09:18:46 Contat/Lote: 2357199 Atendimento: 4280236 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2357199 1 / 1					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sophia Buzinhani Sirângelo

Nº da Carteira: 2.11.7943

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 08/02/2012

Nº da Guia: 15986

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	15:40:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Sangramento pelo nariz, ouvido e boca	Cabeça

Descrição

A aluna estava no auditório, aula de Cultura Geral, e começou a sangrar pelo nariz, ouvido e boca. A aluna não relata dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Emely	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Emely	14/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Fizemos a limpeza dos locais e informamos a mãe para encaminhamento ao hospital.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabrasp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/201

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

1 - Registro / NS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RH		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de 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 - Fator Red.Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho 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 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (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	

DADOS DO PACIENTE

CÓDIGO 00630999

Nome Paciente: SOPHIA BUZINHANI SIRANGELO

Data Nasc: 08/02/2012

Resp. Legal 1: FRANCIELLY BUZINHANI FERREIRA

Resp. Legal 2: FABIO LANES SIRANGELO

Idade: 12 Anos 1 Mês 6 Dias

Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

Endereço: RUA WANDA WOLF

Número: 196

Complemento: CSA 4

Cidade: CURITIBA

Bairro: SANTA FELICIDADE

CEP: 82410380

UF: PR

Responsável: FRANCIELLY BUZINHANI FERREIRA

Telefone: 992872547

Grau de Parentesco: MAE

DADOS DO ATENDIMENTO

CÓDIGO 04280236

Médico(a): MARIANA CAMPOS POLESEL

CRM: 41682

Unid. Internação:

Data/Hora: 14/03/2024 - 17:26

Leito:

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Matrícula: 2117943

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Refere quadro de epistaxe hoje, em pequena quantidade. Refere que passou a mãe em ouvido esquerdo e percebeu pequena quantidade de sangue.

Refere episódios recorrentes de epistaxe.

Nega comorbidades, MUC e alergias.

Exame Físico

Peso 55kg; FC bpm, Sat %, FR mrpm

BEG, corado, hidratado, eupneico, acianótico, ativo e reativo.

Mucosas úmidas e coradas.

Oro: sem alterações. Oto: cerume em pequena quantidade bilateral, porém dificultando visualização de membrana timpânica. Discreta hiperemia em conduto auditivo a esquerda, sem resquícios de sangramento ativo ou antigo. Rino: hiperemia importante de mucosa, ausência de sangramento ativo no momento.

BRNF 2T, sem sopros. MV+, sem RA, sem esforço.

Abdome plano, flácido, indolor, sem massas palpáveis, sem hepato ou esplenomegalia.

Pulsos presentes e simétricos, TEC < 2seg.

Pupilas isofotorreagentes, ausência de sinais meníngeos.

Ausência de lesões de pele.

Diagnóstico

Epistaxe

Tratamento/Conduta

Oriento medidas para epistaxe.

Já comm consulta agendada com otorrino, segundo a mãe.

Paciente sem sinais de gravidade ou alarme no momento, em condições de tratamento domiciliar.

Oriento sinais e sintomas de alarme e gravidade para retorno imediato ao PA.

Responsável ciente e concordante com condutas.

Médico(a): MARIANA CAMPOS POLESEL

CRM: 41682

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por

MARIANA CAMPOS POLESEL, CPF 04724042109, às 17:52 GMT-03:00 de 14/03/2024.

Estado: Assinatura digital válida

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



PACIENTE 00630999

Atendimento 04280236

Documento C468-V1882



Data impressão: 14/03/2024

Página: 1