

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emanuelle Braga de Oliveira
Nº da Carteira: 3.6.7718
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 30/04/2013

Nº da Guia: 24959

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/03/2025	10:50:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Cabeça, Pescoço, Cotovelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava em sala de aula esperando a troca de professor, a colega da sala foi a fazer cosquinha nela que acabou escorregando e batendo a cabeça e o ombro esquerdo na parede. A mesma se queixa de sentir um pouco de tontura, após a batida e a visão obscureceu um pouco. A aluna apresenta um pouco de inchaço no local afetado.

Testemunha da ocorrência

Alison (monitor)

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Rosane

Data

10/03/2025

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

A aluna foi atendida na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros. Foi colocado gelo no local para aliviar a dor e sinais de inchaço. Os responsáveis foram avisados e orientados a levar a aluna ao médico.

Ass.:

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
CNPJ 76.726.884/0001-82
Rua Fernando de Noronha, 470, Santa Cândida
Joaquim de Oliveira

Dra. Vera Lucia Hamilko Barbosa
Pediatra
PR 8585

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: <http://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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador: 24937

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Semana		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Semha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira 367718		9 - Validade da Carteira		10 - Nome EMANUELLE BRAGA DE OLIVEIRA		11 - Cartão Nacional de Saúde 898004109740713	
12 - Atendimento a RN N		13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA	
16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 8585		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter. Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 10/03/2025		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22		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 de Acidente (Acidente ou Doença Raacionada)		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 - Fat Red/Acresc		46 - Valor Unitário(R\$)		47 - Valor Total(R\$)		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	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)	
61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicináveis (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Impresso por: VERA BARBOSA Data/Hora: 10/03/2025 12:16:50

Atendimento: 4599755 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4599755

Data do Atendimento

10/03/2025 (

Nº Atendimento

4599755

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
EMANUELLE BRAGA DE OLIVEIRA	30/04/2013	F	14734592900
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
CRISLAINE BRAGA DE OLIVEIRA	MARCELO DE OLIVEIRA		997578603
Endereço	Número	Complemento	
RUA FLAVIO DALLEGRAVE	8165	CASA	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	BARREIRINHA	82220120	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		W182

Histórico - Anamnese

Classificação de risco:

URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA INF MAE, QUEDA DO MESMO NIVEL NA ESCOLA DTE BRINCADEIRA COM OUTRA CÇA, REFERE QUE PERDEU A CONSCIENTIA??? NAO VISTA POR ADULTO.

DS_EXAME_FISICO P 34,6KG, AFEBRIL, ATTIVA, PARTICIPATIVA, GLASGOW15, REFLEXOS NORMAIS, SEM SINAIS DE FRATURA.

VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA

CRM: 8585