

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuelle Paglione dos Reis
Nº da Carteirinha: 3.7.8170
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão



Data de Nascimento: 07/11/2016

Nº da Guia: 24206

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/02/2025	08:58:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna veio a sala de apoio, pois estava na aula de educação física fazendo uma atividade quando tropeçou em seu próprio pé caindo batendo o queixo no chão fazendo um pequeno corte resultando em um sangramento, foi limpo o local com soro fisiológico e estancado o sangue com gaze.

Testemunha da ocorrência

Professora Danielle

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Souza

Data

13/02/2025

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº Bairro

107 Água Verde,
0 Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

A aluna veio a sala de apoio, pois estava na aula de educação física fazendo uma atividade quando tropeçou em seu próprio pé caindo batendo o queixo no chão fazendo um pequeno corte resultando em um sangramento, foi limpo o local com soro fisiológico e estancado o sangue com gaze.

Ass.:

Kelly Souza

Kelly souza de sant'ana

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 ANS 000000
 3 - Número da Guia Principal 13655612

4 - Data da Autorização
 5 - Senha
 6 - Data Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 24206
 9 - Validade da Carteira 30/12/2025
 10 - Nome EMANUELLE PAGLIONE DOS REIS
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN

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 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 51922
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225230
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caráter Atendim. 2
 22 - Data da Solicitação 13/02/2025
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 28 - Descrição
 27 - QI.Solic.
 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
 31 - Código CNIES 15563

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 04
 33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada
 34 - Tipo de Consulta 1
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QIe	43 - Via	44 - Tpc	45 - Fator Red./Ausc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	13/02/2025	10:24:24	10:24:24	22	10101039 Consulta em pronto socorro	001					189,03
30101994 - sutura 30124406 - caba distorcida 95,65											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Senh. Prof. 49 - Grau Prof. 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 Auspícios (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$) 280,72

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00519634

Nome Paciente: EMANUELLE PAGLIONE DOS REIS
Data Nasc: 07/11/2016
Resp. Legal 1: KENIA MARA PAGLIONE DOS REIS
Endereço: RUA CARMELLO GRECA JUNIOR
Cidade: CURITIBA
Responsável: KENIA MARA PAGLIONE DOS REIS

Resp. Legal 2: MARCOS ALEXANDRE DOS REIS
Número: 170
Bairro: XAXIM
Telefone:

Idade: 8 Anos 3 Meses 6 Dias
CNS do Paciente:
Complemento: CS
CEP: 81810570
Grau de Parentesco: MAE

Sexo: FEMININO
UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04579358

Medico(a): GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS CRM: 51922
Data/Hora: 13/02/2025 - 10:24
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 24206

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM MENTO, APROX 1.0 CM. SEM SANGRAMENTO ATIVO, SEM CREPITAÇÕES OU HEMATOMAS LOCAIS
ECG 15/15, PIFR, SEM DÉFICITS MOTORES OU SENSITIVOS APARENTES AO EXAME
SEM LESÕES DE CAVIDADE ORAL, DENTES OU LÍNGUA

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRURGICA
ORIENTO CUIDADOS LOCAIS
ORIENTO SINAIS DE ALARME PARA RETORNO NO PS

Medico(a): GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
CRM: 51922

Dr. Agostinho Nankha Jr.
CRM: 51922

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

Estado: Assinatura digital válida
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS, CPF 11281361631, às 11:14 GMT-03:00 de 13/02/2025.

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

