

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mariana Matias de Mattos
Nº da Carteirinha: 3.6.7813
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 02/10/2015

Nº da Guia: 25553

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/03/2025	16:41:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Cabeça

Descrição

A aluna estava lanchando, sentada no chão, quando um menino que estava correndo, trombou com ela e ela caiu de costas e bateu a cabeça no chão. Com dores procurou o monitor para atendimento.

Testemunha da ocorrência

Monitor

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Cristofer

Data

24/03/2025

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

Foi aplicado gelo, para evitar algum inchaço. Feito contato com a responsável que irá encaminhar para atendimento médico.

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

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 13760096	5 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																								
4 - Data da Autorização	5 - Sentença	6 - Data Validada da Sentença																								
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 25553 9 - Validade da Carteira 31/03/2025 10 - Nome MARIANA MATIAS DE MATTOS 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 KARINE DOBROWOLSKI KOVALSKI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 43328 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>FM ANEXO</i> 21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 24/03/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.																										
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado KARINE DOBROWOLSKI KOVALSKI 31 - Código CNES 15563																										
Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																										
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados <table border="1"> <thead> <tr> <th>36 - Data</th> <th>37 - Hora Inicial</th> <th>38 - Hora Final</th> <th>39 - Tabela</th> <th>40 - Procedimento</th> <th>41 - Descrição</th> <th>42 - Qlde</th> <th>43 - Vls</th> <th>44 - Tec</th> <th>45 - Fator Red./Acresc.</th> <th>46 - Valor Unitário (R\$)</th> <th>47 - Valor Total (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 24/03/2025</td> <td>17:53:30</td> <td>17:53:30</td> <td>22</td> <td>10101039</td> <td>Consulta em pronto socorro</td> <td>001</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>189,07</td> </tr> </tbody> </table>			36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Vls	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	1 24/03/2025	17:53:30	17:53:30	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					189,07
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Vls	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)															
1 24/03/2025	17:53:30	17:53:30	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					189,07															
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) <table border="1"> <thead> <tr> <th>48 - Seq. Ref.</th> <th>49 - Grau Part.</th> <th>50 - Código na operadora/CPF</th> <th>51 - Nome do Profissional</th> <th>52 - Conselho Profissional</th> <th>53 - Número no Conselho</th> <th>54 - UF</th> <th>55 - Código CBO</th> </tr> </thead> </table>												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							
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>1- / /</th> <th>2- / /</th> <th>3- / /</th> <th>4- / /</th> <th>5- / /</th> <th>6- / /</th> <th>7- / /</th> <th>8- / /</th> <th>9- / /</th> <th>10- / /</th> </tr> </thead> </table>												1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /					
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /																	
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gasas Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 189,02 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado																										

GIOVANNA.

Data/Hora: 24/03/2025 18:04:47

Conta/Lote: 2542180

Atendimento: 4613470

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2542180



DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00367410

Nome Paciente: MARIANA MATIAS DE MATTOS

Data Nasc: 02/10/2015

Resp. Legal 1: DANIELLE MATIAS DA SILVA DE MA

Resp. Legal 2: WAGNER GIORA DE MATTOS

Idade: 9 Anos 5 Meses 22 Dias Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

Endereço: RUA JOSE PASCHOAL PAULA

Número: 74

Complemento: SOBRADO 1

Cidade: CURITIBA

Bairro: BARREIRINHA

CEP: 82560190

UF: PR

Responsável: DANIELLE MATIAS DA SILVA DE MATTOS

Telefone: 99571435

Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 04613470

Medico(a): KARINE DOBROWOLSKI KOVALSKI

CRM: 43328

Unid. Internação:

Data/Hora: 24/03/2025 - 17:53

Leito:

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Matrícula: 25553

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Acompanhada da mãe.

Refere queda de banco após ser empurrada, com tce occipital.

Nega desmaios, vômitos, convulsões.

Refere náusea e cefaleia associada.

Nega alergias, muc ou comorbidades prévias.

Exame Físico

Peso 32 kg / ssvv sem alterações

BEG, corada, hidratada, ativa e reativa

Neuro: pifr, mobiliza 4 membros, força preservada, marcha sem alterações, pares cranianos sp

gcs 15, leve hematoma occipital à esquerds

Demais sp

Diagnóstico

TCE sem sinais de alarme

Tratamento/Conduta

Sintomáticos

Oriento observação por 48hs em domicílio

Oriento sinais de alarme e retorno imediato caso necessário

Medico(a): KARINE DOBROWOLSKI KOVALSKI

CRM: 43328

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

KARINE DOBROWOLSKI KOVALSKI, CPF 09026191973, às 18:07 GMT-03:00 de 24/03/2025.

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



Documento C468-V1882