

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 24525		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MATHEUS GRACIANO RODRIGUES		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 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 21/02/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qlde. Solic. 1	
28 - Qlde. Aut.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qlde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Faixa Red/Acresc	
46 - Valor Unitário(R\$)		47 - Valor Total(R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
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 Casos Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: ELAINE KUZUO Data/Hora: 21/02/2025 16:14:18

Atendimento: 4586780 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4586780

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Graciano Rodrigues

Nº da Carteira: 2.11.6896

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 08/10/2013

Nº da Guia: 24525

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	14:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Rosto

Descrição

O aluno estava no ginásio da escola, participando de uma aula de educação física, na atividade de queimada, quando um colega, sem a intenção de machucar, acertou a mão no rosto do aluno, o que ocasionou sangramento na região nasal do lado esquerdo. O local sangrou e está dolorido, segundo relatos do aluno.

Testemunha da ocorrência

Prof. Educ. Física Felipe

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Felipe

Data

21/02/2025

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

O aluno foi atendido pelo professor, que o encaminhou para a administração escolar. Em seguida, a administração escolar encaminhou o aluno para a unidade de saúde de referência. O responsável pelo aluno foi comunicado e virá buscá-lo para levá-lo à unidade de saúde indicada

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

Ass.:

Tiago Rocha 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

Data do Atendimento

21/02/2025 (

Nº Atendimento

4586780

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
MATHEUS GRACIANO RODRIGUES	08/10/2013	M	11827673974
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
HELLEN GONCALVES GRACIANO RODRIGUES	ANDERSON HELENO MOREIRA RODRIGUES		996364321
Endereço	Número	Complemento	
RUA ODETE LAURA FOGGIATO	360	SOB 4	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	ATUBA	82630040	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S003

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: NÃO URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA COM A MÃE
TRAUMA NASAL EM EDC FÍSICA HÁ 1 HORA.
COM EPISTAXE
TEM RINITE

DS_EXAME_FISICO BEG
MUCOSA NASAL COM HIPEREMIA E HIPERTROFIA DE COANAS BILATERAL
HEMATOMA DISCRETO EM REGIÃO NASAL ESQUERDA

ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

CRM: 28084