

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Paixão Portela Leão
Nº da Carteirinha: 3.6.9004
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 06/03/2018

Nº da Guia: 25728

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2025	10:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, jogando queimada, em determinado momento ele caiu e bateu a cabeça, o professor levou o aluno até o monitor mais perto para levá-lo ao ambulatório.

Testemunha da ocorrência

Allan

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Samir

Data

27/03/2025

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 monitor do ambulatório, foi colocado gelo no local para evitar possível inchaço, foi feito contato com o pai que vai vir busca-lo responsável irá levá-lo para o atendimento médico no local indicado pela escola.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar
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: <http://sistemas.usb.org.br/prop> (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: 25080

1 - Registro ANS 0	5 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sanha	7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Sanha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MIGUEL PAIXAO PORTELA LEAO	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 369004	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MIGUEL PAIXAO PORTELA LEAO	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 HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 224	18 - UF 41
19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Cartier Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 27/03/2025	23 - Indicação Clínica	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qide, Solic. 28 - Qide, Aut.	29 - Qide, Aut.	
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563			
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1 - 11/11/2025	11:00	12:00	10101039	10101039	EM PRONTO SOCORRO
2 - 11/11/2025	13:00	14:00	10101039	10101039	EM PRONTO SOCORRO
3 - 11/11/2025	15:00	16:00	10101039	10101039	EM PRONTO SOCORRO
4 - 11/11/2025	17:00	18:00	10101039	10101039	EM PRONTO SOCORRO
5 - 11/11/2025	19:00	20:00	10101039	10101039	EM PRONTO SOCORRO
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Cons Profissional	53 - Número no Conselho
1 -	1 -	1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	2 -	2 -	2 -	2 -	2 -
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -
58 - Observações / Justificativa					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)					
61 - Total Materiais (R\$)					
62 - Total de OPM (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					

Impresso por: EDGAR.

Data/Hora: 27/03/2025 15:06:00

Atendimento: 4616996

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4616996

Data do Atendimento
27/03/2025 (
Nº Atendimento
4616996



EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
MIGUEL PAIXAO PORTELA LEAO	06/03/2018	M	13998975942
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
ELAINE PAIXAO PORTELA LEAO	MARINALDO DA SILVA LEAO PORTELA		992814172
Endereço	Número	Complemento	
RUA OSCAR GOMES DE OLIVEIRA	442		
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	SANTA CANDIDA	82720540	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S099

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA queda na escola hj batendo a cabeça

DS_EXAME_FISICO beg,afebril,hidrat e corado
glasgow 15 sem sinais neurol

EDGAR GUILLERMO DE GUTIERREZ KLINSKY
CRM: 28784