

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a R

Dados do Beneficiário

13 - Nome do Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 -

58 - Observação / Justificativa

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 -

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Elaine Kuzuno

Pediatra

CRM/PR 28.084

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cauê de Souza Cardoso
Nº da Carteira: 2.32.6139
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 06/02/2012

Nº da Guia: 11891

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/06/2023	09:44:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Batida em atividades com outro aluno.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	16/06/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
Pais mesmo o levará ao especialista. HPP.


Prof. Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 40397300000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 40397300000000

4 - Data da Autorização 31/05/2023
5 - Senha 11632

6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11632

8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome MARIANA CORA
11 - Cartão Nacional de Saúde 898002360980035
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 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 Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 31/05/2023
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QLSolc.
28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 23
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9
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 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Cide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 31/05/2023 22:09:54 22:09:54 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura da Responsável pela Autorização

ANA.ROMANUK Data/Hora: 31/05/2023 22:12:00 Contalote: 2227797 Atendimento: 4039730 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana Corá

Nº da Carteirinha: 2.37.6223

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 06/02/2009

Nº da Guia: 11632

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/05/2023	16:17:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto, Joelho Direito, Cabeça

Descrição

A aluna estava no pátio e um colega veio correndo e se chocou com a aluna. Onde bateu o queixo no banco e o joelho no chão.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável (mãe) via telefone e encaminhamos ambas para o hospital de referência.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Tânia Mara Luz 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
5 - Número da Guia Principal 4020216000000

4 - Data da Autorização 12/05/2023
5 - Semia 11259

6 - Data Validade da Semia
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11259

8 - Número da Carteira 2791688
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome PEDRO HENRIQUE FEITOSA
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 MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 10589
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter. Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 12/05/2023
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 MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH
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
36 - Data 12/05/2023
37 - Hora Inicial 19:51:32
38 - Hora Final 19:51:32
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qlde 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red./Acrsc
46 - Valor Unidário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Rel. 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
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 Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (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 68 - Assinatura do Contratado

GABRIELLE. Data/Hora: 13/05/2023 00:36:53 Conta/Lote: 2216538 Atendimento: 4020216 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1/1

1 - Registro AMS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Sembr	
6 - Data de Validade da Sembr		7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Data, Solic.	
28 - Data, Aut.		29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CHES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
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 - Fator 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 - Conselho 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 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Médicinas (R\$)		65 - Total de Outros (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	

MARIA OFELIA FATUOH
CRM/RN 10.589MARIA OFELIA FATUOH
CRM/RN 10.589

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Feitosa

Nº da Carteira: 2.79.1688

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 19/04/2017

Nº da Guia: 11259

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/05/2023	14:08:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Esquerdo

Descrição

O aluno estava subindo a escada para a sala de aula quando tropeçou e bateu a testa do lado esquerdo sobre o olho.

Testemunha da ocorrência

Gisele

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Meire

Data

12/05/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

O aluno foi atendido pela Orientadora Educacional com gelo no local e a mãe foi comunicada sobre o ocorrido por telefone.

Ass.:


Luciane Diaz
Vice Diretora Escolar
Luciane Diaz

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	5 - Número da Guia Principal 4045712000000	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome PIETRO LEONARDO DE CASTRO GARCIA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 6056				
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 TAMI GUERREIRO ESTEVAM VIEIRA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 48916	18 - UF 41	19 - Código CBO 225120
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 06/06/2023	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 25	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 TAMI GUERREIRO ESTEVAM VIEIRA			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta				
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 1 06/06/2023	37 - Hora Inicial 20:00:35	38 - Hora Final 20:00:35	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro				
42 - Qlde 001				
43 - Via				
44 - Tec				
45 - Fator Red/Acresc				
46 - Valor Unitário (R\$)				
47 - Valor Total (R\$)				
30%				
805,40				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Rel.	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				
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 Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPV/E (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total das Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

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

2. Nº

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Sanha	10 - Nome	Paciente: <i>Isadora de Castro Pereira</i>		
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados					
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1 -			1 -		
2 -			2 -		
3 -			3 -		
4 -			4 -		
5 -			5 -		
Dados do Contratado					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	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
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seg. Ref. 49 - Grau Par. 50 - Código na Operadora/CPP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 -					
2 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIAE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado			



Nailson Veras do Nascimento | Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Sair [🔗 \(/ama/logout.php\)](/ama/logout.php)

Versão: 1.2.1.Med

-
- Home (</ama/pages/home/home.php>)
- Atendimento
 - Novo Atendimento (/ama/pages/novo_atendimento/novo_atendimento.php)
 - Reembolso (</ama/pages/reembolso/reembolso.php>)
- Relatórios
 - Atendimento (/ama/pages/relatorio_atendimento/relatorio_atendimento.php)
 - Retornos (/ama/pages/relatorio_retornos/relatorio_retornos.php)
- Gráficos
 - Por Gênero (/ama/pages/relatorio_genero/relatorio_genero.php)
 - Por Idade (/ama/pages/relatorio_idade/relatorio_idade.php)
 - Por Local (/ama/pages/relatorio_local/relatorio_local.php)
 - Por Motivo (/ama/pages/relatorio_motivos/relatorio_motivos.php)
 - Por Partes Atingidas (/ama/pages/relatorio_partes_atingidas/relatorio_partes_atingidas.php)
- Painel da Unidade (/ama/pages/painel_unidade/)

Sair [🔗 \(/ama/logout.php\)](/ama/logout.php)

Nailson Veras do Nascimento | Colégio Adventista Centenário - EIEFM

[🏠 Home \(home.php\)](#) | [Novo Atendimento \(home.php\)](#)

[Novo Atendimento](#)

[Atendimentos](#)

[Retornos](#)

Registro de Ocorrência

Em caso de acidente, preencha o formulário abaixo e entregue para o responsável do aluno, devidamente impresso e assinado.

Nome completo do aluno 

Pietro Leonardo Castro Garcia Gren

Nº da matrícula 

6056

Instituição de ensino 

Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data da Ocorrência: 

06/06/2023

Horário da Ocorrência ⓘ à 15min à meia hora

17:24

Convênio:

Amil

Onde ocorreu o acidente? ⓘ

- ☐ Biblioteca
- ☐ Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)
- ☐ Corredor
- ☐ Dormitório (Ex.: residencial)
- ☐ Durante o período de Estágio
- ☐ Escada
- ☒ Ginásio
- ☐ Jardim
- ☐ Laboratório
- ☐ Lavanderia
- ☐ Pátio
- ☐ Piscina
- ☐ Playground (Ex.: parquinho)
- ☐ Quadra
- ☐ Refeitório
- ☐ Sala de Aula
- ☐ Outros

Qual? ⓘ

Como? (Atividade durante o acidente) ⓘ

- ☐ Atividades esportivas fora de aula
- ☒ Aula de educação física
- ☐ Aula de outras matérias
- ☐ Briga
- ☐ Cama Elástica
- ☐ Chegada
- ☐ Deslocamento interno
- ☐ Durante o período de Estágio
- ☐ Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)
- ☐ Intervalo (Ex.: recreio)
- ☐ Natação
- ☐ Saída
- ☐ Outros

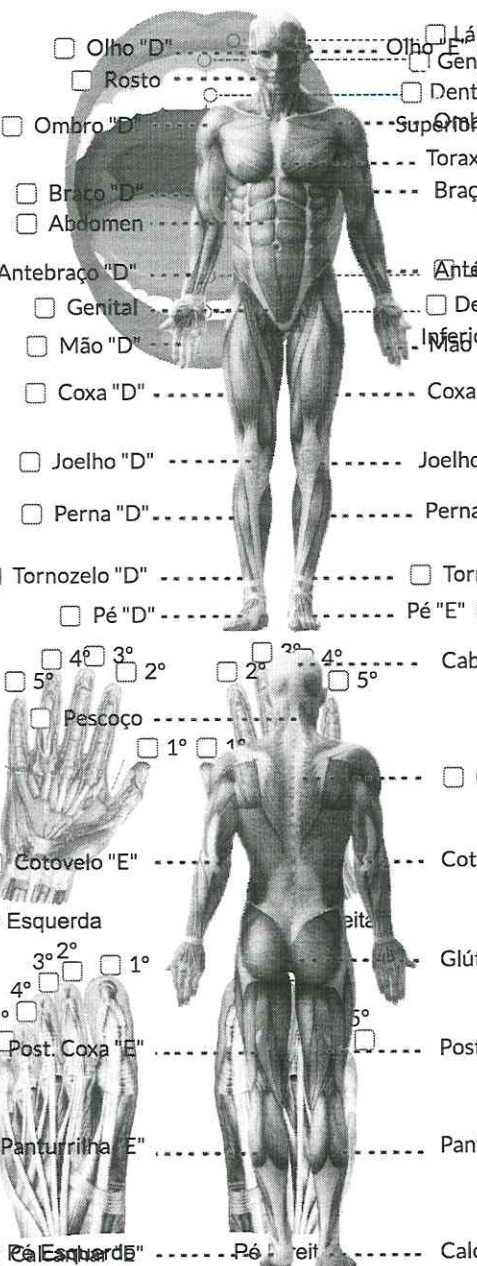
Qual? ⓘ

O que aconteceu? ⓘ

- ☐ Afogamento
- ☐ Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)
- ☐ Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)
- ☐ Corpo estranho (Ex.: cisco no olho, engoliu moeda)
- ☐ Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)
- ☐ Desmaio
- ☐ Engasgo
- ☐ Queda de altura (Ex.: escada)
- ☒ Queda de mesmo nível
- ☐ Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)
- ☐ Torção
- ☐ Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)
- ☐ Outros

Qual? ⓘ

Local do Corpo Atingido



☐ Olho "D" ☐ Olho "E" ☐ Lábios ☐ Gengiva
☐ Rosto ☐ Dentes ☐ Superiores "E" ☐
☐ Ombro "D" ☐ Ombro "E" ☐ Torax ☐
☐ Braço "D" ☐ Braço "E" ☐
☐ Abdomen ☐
☐ Antebraço "D" ☐ Antebraço "E" ☐
☐ Genital ☐ Dentes ☐
☐ Mão "D" ☐ Mão "E" ☐
☐ Coxa "D" ☐ Coxa "E" ☐
☐ Joelho "D" ☐ Joelho "E" ☐
☐ Perna "D" ☐ Perna "E" ☐
☐ Tornozelo "D" ☐ Tornozelo "E" ☐
☐ Pé "D" ☐ Pé "E" ☐
☐ 4° ☐ 3° ☐ 2° ☐ 2° ☐ 4° ☐ 5° ☐ Cabeça ☒
☐ 5° ☐ 2° ☐ 1° ☐ 1° ☐ Pescoço ☐ Costas ☐
☐ Cotovelo "E" ☐ Cotovelo "D" ☐
☐ Mão Esquerda ☐ Mão Direita ☐ Glúteos ☐
☐ 3° ☐ 2° ☐ 1° ☐ 4° ☐ 5° ☐ 5° ☐
☐ Post. Coxa "E" ☐ Post. Coxa "D" ☐
☐ Panturrilha "E" ☐ Panturrilha "D" ☐
☐ Pé Esquerdo ☐ Pé Direito ☐ Calcanhar "D" ☐

Descreva a ocorrência com suas causas e consequências: ①

O aluno estava fazendo aula de ed. física, quando escorregou e bateu a cabeça no chão, a prof. Adriana atendeu o aluno e encaminhou para sala da coordenação.

Pessoas que presenciaram a ocorrência:
Nome ①

Professora Adriana

Telefone ①

(41) 3097-7450

Nome
Telefone
Nome de quem prestou primeiros socorros

Monitora Vanessa

Data que procurou assistência médica ①

06/06/2023

Local onde será atendido ③

Hospital Pequeno Príncipe

Atendimento particular☐**Observações ③**

O aluno foi atendido pela monitora, que fez os primeiro atendimento passando uma pomada, foi entrado em contado com pai, e ambos foram encaminhado para o hospital d referência.

Este formulário deve ser enviado a Clínica Adventista de Curitiba, pelo prestador, juntamente com as contas do atendimento, relatório detalhado do atendimento, notas fiscais e guias. (Conforme dados abaixo)
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde | CNPJ: 15.116.763/0004-12 | Alameda Júlia da Costa, 1447 | Bigorriho
| Curitiba - Paraná | CEP: 80730-070
Telefone: (41) 3240-2942 | Cel: (41) 9-9612-0824 | assistenciamedica@clinicaadventista.org.br |
curitiba.clinicaadventista.org.br

Limpar campos

Deletar autorização

Salvar / Imprimir

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

1 - Registro ANS	000000	8 - Número da Guia Principal	4039658000000
4 - Data de Autorização	31/05/2023	5 - Semeta	11632
6 - Data Validade da Semeta		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11632

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	2376223	9 - Validade da Carteira	31/12/2023	10 - Nome	MARIANA CORA	11 - Cartão Nacional de Saúde	898002360980035	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	16 - Conselho Profissional	6	17 - Número no Conselho	28084	18 - UF	41	19 - Código CBO	225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
---------------------------------------	-------------------------	----------------------------	---	-------------------------	-------	---------	----	-----------------	--------	---	-------------------------

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caráter Atendim.	22 - Data da Solicitação	31/05/2023	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	ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	31 - Código CNES	15563
--------------------------------	--------------------------	----	-------------------------	-------------------------	------------------	-------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	23	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	9	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 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	31/05/2023	19:00:47	19:00:47	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001				30%	205,40

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	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	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
---	--	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

58 - Observações / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	205,40

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
---	--	-------------------------

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

2. Nº de Cadastro

SECTOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro A/S _____ 3 - Número da Guia Principal _____
4 - Data de Autorização _____ 5 - Senha _____
6 - Data de Validade da Senha _____
7 - Número da Guia Arbitrada pela Operadora _____
8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____
10 - Nome Mariana Correr
11 - Cartão Nacional de Saúde _____
12 - Atendimento a RM _____

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora _____ 14 - Nome do Contratado _____
15 - Nome do Profissional Solicitante _____
16 - Conselho Profissional _____
17 - Número no Conselho _____
18 - UF _____ 19 - Código CBO _____
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Elaine Kuzuo
Cód. PR 28.084

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados
21 - Cartão do 22 - Data da Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____
24 - Tabela _____ 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____ 26 - Descrição _____
27 - Qtd. Solic. _____ 28 - Qtd. Aut. _____
29 - Código na Operadora _____ 30 - Nome do Contratado _____
31 - Código CNES _____

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento _____ 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) _____
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 - Fator Red./Acréc. _____ 46 - Valor Unitário (R\$) _____ 47 - Valor Total (R\$) _____
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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
58 - Observação / Justificativa _____
59 - Total de Procedimentos (R\$) _____ 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 61 - Total de Materiais (R\$) _____ 62 - Total de OPMs (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 _____ 68 - Assinatura do Contratado _____

Dr. Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.084

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana Corá
Nº da Carteira: 2.37.6223
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 06/02/2009

Nº da Guia: 11632



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/05/2023	16:17:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

A aluna estava no pátio e um colega veio correndo e se chocou com a aluna. Onde bateu o queixo no banco e o joelho no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável (mãe) via telefone e encaminhamos ambas para o hospital de referência.

Ass.: 
Nailson Veras
Coord. Disciplinar
Tânia Mara Luz 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 4017651000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4017651000000

4 - Data da Autorização 5 - Sentia 6 - Data Validada da Sentia 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3381562 9 - Validade da Carteira 10/10/2023 10 - Nome PEDRO LEONARDO DOLENS FERNAND 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RV 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 CAROLINA COSTENARO BRANDES PIERROT 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 40880 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante (Carimbo e Assinatura)

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 10/05/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado CAROLINA COSTENARO BRANDES PIERROT 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 36 - Data 10/05/2023 37 - Hora Inicial 15:38:26 38 - Hora Final 15:38:26 39 - Tabela 10101039 40 - Procedimento 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Cidade 001 43 - Via 44 - Terc 45 - Fator Red.Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 058.00 91.65

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de O.P.M.E (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 249.65

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

ELINANDA. Data/Hora: 10/05/2023 15:38:39 Conta/Lote: 2215073 Atendimento: 4017651 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2215073 1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Leonardo Dolens Fernandes
Nº da Carteira: 3.38.1562
Instituição: Colégio Adventista Araucária



Data de Nascimento: 30/11/2012

Nº da Guia: 11205

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2023	14:21:00	Pátio	Foi visitar a feira de livros no pátio, foi até o parquinho pegou uma bolinha e foi jogar com o colega, acabou se desequilibrando e batendo a cabeça na quina da parede.

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	cabeça

Descrição
Foi visitar a feira de livros no pátio, foi até o parquinho pegou uma bolinha e foi jogar com o colega, acabou se desequilibrando e batendo a cabeça na quina da parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Cristina	(41) 3028-5410
Marcia Verner	(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcia Verner	10/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
Feito acepcia com soro e colocado curativo para estancar o sangramento.

Marcia V. Nogueira
Vice-Diretora
Ato 0568/2022

Ass.:

Marcia Verner Nogueira

(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

Impresso por: Marcia Verner Nogueira

DADOS DO PACIENTENome Paciente: PEDRO LEONARDO DOLENS FERNANDES
Data Nasc: 30/11/2012

Nome Mãe: LUCIANE DOLENS FERNANDES

Endereço: RUA JORDAO PEREIRA DA LUZ

Cidade: ARAUCARIA

Responsável: LUCIANE DOLENS FERNANDES

Nome Pai:

Número: 52

Bairro: COSTEIRA

Telefone: 41 32494776

Idade: 10 Anos 5 Meses 10 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento: CASA

CEP: 83708722

UF: PR

Grau de Parentesco: MAE

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): CAROLINA COSTENARO BRANDES PIERROT CRM: 40880

Data/Hora: 10/05/2023 - 15:38

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 3381562

CODIGO 04017651

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

PACIENTE AGUARDANDO POR 30MIN - NÃO FUI AVISADA DO ATENDIMENTO

PEDRO, 10 ANOS

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

Exame FísicoBEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE DE 2 CM**Diagnóstico**

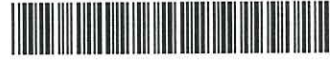
FCC EM FRONTE

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E SUTURA COM COLA CIRÚRGICA

ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

+ DR SYLVIO

Dra. Carolina C.B. Pierrot
Médica
CRM-PR 40880Medico(a): CAROLINA COSTENARO BRANDES PIERROT
CRM: 40880

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

2 - Nº Guia no Prestador 4004111000000

020205

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4004111000000

4 - Data da Autorização 27/04/2023 5 - Sentença ELEGIVEL 6 - Data Validade da Sentença 31/12/2023 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20295

8 - Número da Carteira 11006 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome LAIS KIEL CARDOSO 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 HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 48557 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante HELDER VILLELA JUNIOR CRM-PR 48557

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 27/04/2023 23 - Indicação Clínica H340

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 30101794 - Sutura 0. Fumento x05 - Celo Histerayl x05

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR 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

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 27/04/2023	12:35:29	12:35:29	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					158.00

30101794 Sutura

91.65

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /	2- / /	3- / /	4- / /	5- / /	6- / /	7- / /	8- / /	9- / /	10- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

2299.65.

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ELIDALVA. Data/Hora: 27/04/2023 12:40:18 Conta/Lote: 2207004 Atendimento: 4004111 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lais Kiel Cardoso

Nº da Carteira: 2.11.6642

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 21/05/2014

Nº da Guia: 11006

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2023	11:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física, durante a brincadeira caiu e abriu o queixo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Didia

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Emely

Data

27/04/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Foi realizada a contenção do sangue e encaminhada para atendimento médico. A família vai levar até o hospital.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

27/04/2023 11:55

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00228257

Nome Paciente: LAIS KIEL CARDOSO

Data Nasc: 21/05/2014

Nome Mãe: VIVIAN MARTINS KIEL CARDOSO

Endereço: RUA MAUA

Cidade: CURITIBA

Responsável: VIVIAN MARTINS KIEL CARDOSO

Nome Pai: LUIZ FABIANO CARDOSO

Número: 266

Bairro: ALTO DA GLORIA

Telefone: 21123566

Idade: 8 Anos 11 Meses 6 Dias Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 80030200

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04004111

Medico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR

CRM: 48557

Data/Hora: 27/04/2023 - 12:35

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 11006

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

Lais, 8 anos

#S: Menor com ferimento corto contuso em queixo apos queda de mesmo nivel na escola. Nega febre, crise convulsiva, vomitos ou outros sinais de alarme

Exame Físico

BEG, LOTE, Corada

Corte em queixo, 2 cm, profundo, sem sangramento

pifr

ativa reativa

gcs 15

Diagnóstico

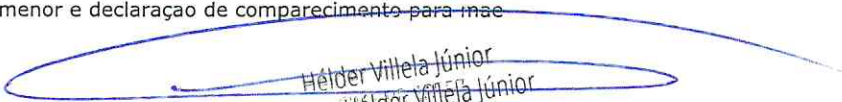
FCC

Tratamento/Conduta

Realizado limpeza e cola do ferimento

Oriento mae sobre cuidados

Atestado do dia para a menor e declaração de comparecimento para mae



Helder Villela Júnior
Helder Villela Júnior
CRM-PR 48557

Medico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR

CRM: 48557

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFIM nº 363, por

HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR, CPF 07843238956, às 13:38 GMT-03:00 de 27/04/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00228257

Atendimento 04004111

Documento C468-V1882



aguardando analise

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Principal
000000	4037214000000

3 - Data da Autorização	4 - Seta	5 - Data Validade da Seta	6 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
29/05/2023	11591	31/12/2023	11591

7 - Nome do Beneficiário	8 - Validade da Carteira	9 - Nome	10 - Cartão Nacional de Saúde	11 - Atendimento a RN
279468	31/12/2023	RAFAELA LAZAROTTI JUNQUEIRA		N

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	14 - Nome do Contratado
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RHENAN FREITAS CORADI	6	46181	41	225230	

21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/05/2023	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - QLSite	28 - QLAutoriz

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
59	RHENAN FREITAS CORADI	15563

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
23	9		

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	29/05/2023	19:18:14	19:18:14	22	10101039					001	

História Clínica											
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

30101304507URA											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observações / Justificativa
1- / /	3- / /	
2- / /	4- / /	
	5- / /	
	6- / /	
	7- / /	
	8- / /	
	9- / /	
	10- / /	

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
						297.05

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

MIDA	Data/Hora: 29/05/2023 19:44:13	Conta/Lote: 2226527	Atendimento: 4037214	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
------	--------------------------------	---------------------	----------------------	--

				
2226527				

1 / 1				
-------	--	--	--	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaela Lazarotti Junqueira

Nº da Carteirinha: 2.79.468

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 12/06/2012

Nº da Guia: 11591

Data da Ocorrência Horário Local
29/05/2023 17:51:00 Pátio

Atividade

Deslocamento interno

O que aconteceu

Choque com terceiros ()

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Durante o deslocamento dentro da escola, a aluna trombou com outro aluno, bateram testa e dente (outro aluno), ocasionando um corte na testa.

Testemunha da ocorrência

Fabício

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

29/05/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

A aluna foi atendida pela monitora com limpeza em torno do corte a família foi avisada por telefone.

Ass.:


Luciane Diaz

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Impresso por: Luciane Diaz

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00314730

Nome Paciente: RAFAELA LAZAROTTI JUNQUEIRA
Data Nasc: 12/06/2013Nome Mãe: VANESSA LAZAROTTI
Endereço: RUA ELVIRA SCHAFER ROCHA
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS
Responsável:Nome Pai: JORGE DE ANDRADE JUN
Número: 508
Bairro: AFONSO PENA
Telefone:Idade: 9 Anos 11 Meses 17 Dias Sexo: FEMININO
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 83045190 UF: PR
Grau de Parentesco:**DADOS DO ATENDIMENTO**

CODIGO 04037214

Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI
Data/Hora: 29/05/2023 - 19:18

CRM: 46181

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 279468Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA**Anamnese****História da Doença Atual (HDA)**

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

Exame FísicoBEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE 1,5 CM**Diagnóstico**

TRAUMA

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E SUTURA COM COLA CIRÚRGICA

ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA



Rhenan F. Coradi
CRM 46181

Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI
CRM: 46181