

Conta.....: 0868860-23 Atendimento: 0786263-23 (EXTERNO) Usuário...: THAINA.LIE
 Paciente...: NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE Matricula...: 4287639 Data Emissão...: 21/09/2023
 Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Guia...: 13093 Liberacao...: 13093
 Início do Tratamento.: 30/08/2023 as 08:28:14 Alta.: 30/08/2023 as 17:47:00 Motivo...: 12 MELHORADO
 CID Princ...: S01.9 FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA Acomodacao.: /
 Localização:
 Medico.....: 32193 CARINA LUIZA MARTINS JOCK
 Lote.....: 50423323

SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCO		32193	06637369942	CARINA LUIZA MARTINS JOCK	Clini	100	1	101,00
Sub-total...:									101,00
Total Serviços Profissionais...:									101,00

SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.

Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl Total
41001010	TC CRANIO OU SELA TURSI		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	389,33	411,03
41001036	FACE OU SEIOS DA FACE		EMEDI - EMPRESA MEDICA E EXAMES	Exame	100	1,00	21,70	436,96	458,66
Sub-total...:									869,69
Total Serviços Diagnose e Terapia...:									869,69

DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES

Código	Descrição	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO ADULTO					
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	DIAR	1,00	42,98000	42,98
Total PRONTO SOCORRO ADULTO:					42,98
Total Diarias e Taxas Hospitalares...:					42,98

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	TUSS/TISS	Laboratorio	Qtde	Unid.	Vl Unit.	Vl Total
Setor: PRONTO SOCORRO INFANTIL							
75998	IBUPROFENO (ALIVIUM) 50MG/ML GOTAS	90389107		1,00	ML	1,60214	1,60
01975	PREDSIM 3 MG/ML (PREDNISOLONA) SOL. O	90389000		8,00	ML	0,60782	4,86
Total PRONTO SOCORRO INFANTIL:							6,46
Total Medicamentos...:							6,46

Total Diarias Taxas Hospitalares: 42,98

Total de Medicamentos: 6,46

Total Hospital: 49,44

Honorários Medicos Nao Credenciados : 101,00

Serviços de Diagnose e Terapia Nao Credenciados : 869,69

Total Geral Hospital: 1.020,13

Total Geral: 1.020,13

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **31/01/2023**

Nome: **Natan Emanuel Mattos Pinto de Oliveira (7639)** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF3MA**
Sexo: **M** Data Nascimento: **26/12/2014** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Jandaia do Sul** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua José Hungaretti, 55** Complemento:
Bairro: **Residencial Vale Verde** Cidade: **Cambé** UF: **PR** CEP: **86184-438**
Cert. Nascimento: **158774 01 55 2015 1 0053 001 0014848 31**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais**
Cert. Nascimento Cidade: **Jandaia do Sul** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: O.Exp: UF: Data: CPF: INEP204054982920
E-Mail: Cor/ Raça: Religião: **Cristã**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: **WhatsApp: 43996956858 |**
Pode sair sozinho? Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **270229598-38** Nome: **Marcelo Fábio Pinto de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **07/03/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **29853749** O. Exp: **ssp** UF: **sp** Data Emissão: **18/09/2018**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua José Hungaretti, 55**
Complemento: Bairro: **Residencial Vale Verde** Cidade: **Cambé** UF: **PR** CEP: **86184-438**
Cx. Postal: E-Mail: **marcelofpoliveira1980@gmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: **WhatsApp: 43996960386 |**

Dados da Mãe

CPF: **005746819-22** Nome: **Patrícia Santos de Mattos** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/02/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.363.478-4** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **06/01/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua José Hungaretti, 55**
Complemento: Bairro: **Residencial Vale Verde** Cidade: **Cambé** UF: **PR** CEP: **86184-438**
Cx. Postal: E-Mail: **teacherpatriciamattos@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: **WhatsApp: 43996956858 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **005746819-22** Nome: **Patrícia Santos de Mattos** Naturalidade: **Londrina - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **22/02/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **7.363.478-4** O. Exp: **ssp** UF: **pr** Data Emissão: **06/01/2016**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua José Hungaretti, 55**
Complemento: Bairro: **Residencial Vale Verde** Cidade: **Cambé** UF: **PR** CEP: **86184-438**
Cx. Postal: E-Mail: **teacherpatriciamattos@hotmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: **WhatsApp: 43996956858 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **270229598-38** Nome: **Marcelo Fábio Pinto de Oliveira** Naturalidade: Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **07/03/1980** Estado Civil: **Casado** Identidade: **29853749** O. Exp: **ssp** UF: **sp** Data Emissão: **18/09/2018**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua José Hungaretti, 55**
Complemento: Bairro: **Residencial Vale Verde** Cidade: **Cambé** UF: **PR** CEP: **86184-438**
Cx. Postal: E-Mail: **marcelofpoliveira1980@gmail.com** Religião: **Cristã**
Telefones: **WhatsApp: 43996960386 |**

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
Administrador Escolar - Ato nº Ato
003/2023

Wellen Moraes Vicente Klen
Secretário(a) - Ato nº 038425/16

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Natan Emanuel Mattos Pinto de Oliveira

Nº da Carteira: 4.28.7639

Instituição: Colégio Adventista de Londrina

Data de Nascimento: 26/12/2014

Nº da Guia: 13093

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2023	07:50:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Abdomen, Pescoço

Descrição
O aluno pendurou-se na trave do gol e a mesma caiu sobre ele

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Claudia Pereira Mendes Silva	(43)98408-1218

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Claudia Pereira Mendes Silva	30/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA	Rua Adhemar Pereira de Barros	1199	Bela Suíça	(43) 3315-2020

Observações
Após o aluno ser atendido foi encaminhado ao setor médico

Ass.:

Marcio Devalmir Dos Santos Barbo

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

Adhemar De Barros 1199,
Londrina - PR
CEP 86047-290
Fone: (43)3305-8200

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0786263-23

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 7639

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira **4287639** 9 - Validade da carteira _____ 10 - Nome completo **NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____ 12 - Atendimento a RIM **N**

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora **04762301000375** 14 - Nome do Contratado **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **CARINA LUIZA MARTINS JOCK** 16 - Conselho Profissional **CRM** 17 - Número no Conselho **32193** 18 - UF **PR** 19 - Código CBO S **225124**

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caracter do atendimento **II** 22 - Data da Solicitação **30/08/2023** 23 - Indicação Clínica **tce após queda de trave em cabeça e nariz**

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição **FACE OU SEIOS DA FACE** 27 - Qtd. Solic. **1** 28 - Qtd. Aut. **1**

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora **00.000.000/0000.00** 30 - Nome do Contratado _____ 31 - Código CINES _____

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento **1051** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **191** 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo do 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/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1. / /											
2. / /											
3. / /											
4. / /											
5. / /											

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

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

1. / / _____ 2. / / _____ 3. / / _____ 4. / / _____ 5. / / _____ 6. / / _____ 7. / / _____ 8. / / _____ 9. / / _____ 10. / / _____

58 - Observação / Justificativa _____
(1) sem contrato (2) nariz

59 - Total do Procedimento (R\$) _____ 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 61 - Total de Materiais (R\$) _____ 62 - Total de Opine (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 _____

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

Adhemar De Barros 1.199,
Londrina - PR
CEP 86047-250
Fone: (43)3305 - 8200

2 - Nº Guia no prestador

Atend. 0786263-23

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS 4287639	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha
9 - Validade da carteira	10 - Nome completo NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA	6 - Data de validade da Senha / /	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora 7639
14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04762301000375	16 - Conselho Profissional CRM
15 - Nome do Profissional Solicitante CARINA LUIZA MARTINS JOCK	17 - Número no Conselho 32193
21 - Caráter do atendimento <input checked="" type="checkbox"/> 22 - Data da Solicitação 30/08/2023	18 - UF PR
23 - Indicação Clínica tce após queda de trave em cabeça e nariz	19 - Código CBO S 225124

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 41001010	27 - Qtd. Solic. Aut. 1 1
TC CRANIO OU SELA TURSIKA OU ORBITAS	


 Dra. Carina L. M. Jock
 Médica
 CRM-PR 32193

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 00.000.000/0000-00	30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES	

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 051	33 - Indicação de acidente (evento ou doença relacionada) 191	34 - Tipo de Consulta <input type="checkbox"/>	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

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/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1. / /											
2. / /											
3. / /											
4. / /											
5. / /											

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

48 - Seq./Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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

58 - Observação / Justificativa

(1) sem contraste

59 - Total do Procedimento (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 Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	

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

Paciente: NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA

ID: 3026445

Idade: 8 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 30/08/2023 10h34

Data Nasc.: 26/12/2014

Dr.(a): CARINA LUIZA MARTINS JOCK - CRM/PR 32193

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: trauma.

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, paralelos a linha órbita meatal, sem o uso de contraste endovenoso.

INTERPRETAÇÃO:

Não há evidência de lesões expansivas supra ou infratentoriais ou de coleções intra ou extra-axiais.

Não há sinal de hemorragia intracraniana.

Ausência de desvio das estruturas da linha média.

Sistema ventricular de aspecto habitual.

Sulcos corticais e cisternas basais sem alterações significativas.

Coefficientes de atenuação das substâncias branca e cinzenta dentro dos limites da normalidade.

Estruturas ósseas sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tomografia computadorizada cranioencefálica sem evidências de alterações significativas.

Interpretado Por:



Dr. Rodrigo Velloso Machado Eckmann
CRM / SP 133360

Diretor Técnico:



Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746

Diretor Técnico: Dr. Henrique Ferreira Dos Reis - CRM 29746 PR

1 de 2

Paciente: NATAN EMANUEL MATTOS PINTO DE OLIVEIRA

ID: 3026445

Idade: 8 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 30/08/2023 10h34

Data Nasc.: 26/12/2014

Dr.(a): CARINA LUIZA MARTINS JOCK - CRM/PR 32193

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: trauma.

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, com reconstruções ortogonais e sem o uso de contraste endovenoso.

INTERPRETAÇÃO:

Espessamento do revestimento mucoso nos seios maxilares e em células etmoidais bilaterais, notadamente no maxilar direito, onde existe secreção espessa, podendo representar processo inflamatório agudo ou secreção residual. Demais cavidades paranasais sem anormalidades significativas.

Não se observam fraturas nas estruturas focalizadas.

Infundíbulo etmoidal direito obliterado por interposição de mucosa espessada.

Os complexos óstio-meatais anterior esquerdo, recessos nasofrontais e esfenotmoidais estão pérvios.

Fossas nasais de configuração habitual.

Não há evidência de lesão destrutiva nas estruturas ósseas da face.

Desvio do septo nasal para a esquerda.

Índice de Keros tipo I.

Nasofaringe de configuração usual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Espessamento do revestimento mucoso nos seios maxilares e em células etmoidais bilaterais, notadamente no maxilar direito, onde existe secreção espessa, podendo representar processo inflamatório agudo ou secreção residual. Desvio do septo nasal para a esquerda.

Interpretado Por:



Dr. Rodrigo Velloso Machado Eckmann
CRM / SP 133360

Diretor Técnico:



Dr. Henrique Ferreira Dos Reis
CRM / PR 29746