

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

2 - Nº Guia no Prestador: 24486

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Guia	7 - Número da Guia Ambulatório pelo Operadora
0			
4 - Data da Autorização	5 - Série	10 - Nome	12 - Atendimento a RM
		RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES	N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira		
368669			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	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
VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO	6	23262	41
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cartão Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	11/12/2024		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.
1	10101039	Consulta em pronto socorro	1
22			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	
	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou Doença (Resolução)	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
14			
2			
3			
4			
5			
10101039 - EM PRONTO SOCORRO			
175,36			
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			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1	2	3	4
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)			
61 - Total Medicinas (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Casos Medicinas (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
175,36			
66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: VANESSA.

Data/Hora: 11/12/2024 15:51:13

Atendimento: 4538012

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4538012

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Raphael Pietro Leal Carvalhaes
Nº da Carteira: 3.6.8669
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 05/08/2013

Nº da Guia: 23919

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/12/2024	11:28:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça, Pescoço

Descrição

O aluno relatou que já tinha um machucado na cabeça, pois havia batido em um tobogã outro dia, fora do colégio. Hoje, estava no ginásio jogando futebol e foi defender a bola quando outro aluno, que corria na mesma direção, deu uma cabeçada onde já sentia dores (cabeça).

Testemunha da ocorrência

Monitor Alison

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Ruth Cervera -monitora

Data

11/12/2024

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 na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, sendo aplicado gelo no local, para aliviar a dor e sinais de inchaço. Tentativa de contato com os responsáveis via telefone e WhatsApp, para comunicar o ocorrido e orientar a levar o aluno ao 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



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

EMERGENCIA CONVENIOS

Data do Atendimento
11/12/2024 (

Nº Atendimento
4538012

Data de Nascimento
05/08/2013

Sexo
M

CPF
12171058919
Telefone

Responsável Legal 2
EDNILSON NUNES DOS SANTOS

Complemento
AP 2
CEP
83412430

UF
PR
CID
S009

Número
92
Bairro
PALOMA
Plano
EMPRESARIAL

Paciente
RAPHAEL PIETRO LEAL CARVALHAES

Responsável Legal 1
JUCILENE LEAL CARVALHAES

Endereço
RUA GENERAL CARNEIRO

Cidade
COLOMBO

Convênio
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Classificação de risco: URGENTE

Histórico - Anamnese

DS_HIST_DOENCA_ATUA

BATEU A CABEÇA 3 DIAS ATRAS - HOJE CAIU NO FUTEBOL E BATEU A CABEÇA NOVAMENTE - NO
MESMO LUGAR, SEGUNDO A MÃE.....
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E NEGA VOMITOS.

DS_EXAME_FISICO

CRIANÇA EM BEG, CORADA, HIDRATADA, ATIVA E REATIVA,
EX NEUROLÓGICO NORMAL
CPP: MV+ , AUSÊNCIA DE RUÍDOS ADVENTÍCEOS
PC - BCRNF/2T, SEM SOPROS,
ABDOME - PLANO, RH+ NORMOATIVOS, FLÁCIDO, INDOLOR, AUSÊNCIA DE MASSAS OU VCM
OROSCOPIA HIPEREMIA DISCRETA
OTOSCOPIA SEM ALTERAÇÕES
PELE SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS SEM ALTERAÇÕES

VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO
CRM: 23262