

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	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 24613		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome SOPHIA ADAMSKI		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RH N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
15 - Nome do Profissional Solicitante ISABELLA CHAGAS LEI JORDAO		16 - Conselho Profissional 6	
21 - Carteira Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 25/02/2025	
23 - Indicação Clínica		24 - UF 41	
25 - Código do Procedimento 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro	
27 - Qtd. Solic. 1		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contrato 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 - Qtd.	
43 - Via		44 - Rec.	
45 - Fat 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/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 - / /	
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 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			

Impresso por: ISABELLA. Data/Hora: 25/02/2025 11:30:05

Atendimento: 4589500

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4589500

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sophia Adamski
Nº da Carteira: 2.79.2341
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 06/03/2019

Nº da Guia: 24613

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2025	09:51:00	Corredor	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna estava correndo e bateu a testa no extintor de incêndio no corredor do piso das quadras.

Testemunha da ocorrência

Não Teve

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Bruna, Joana

Data

25/02/2025

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

Observações

A aluna foi atendida corretamente, colocamos gelo no colar da batida a aluna não esta sentindo dor, encaminhamos a aluna para o hospital de referência Pequeno Príncipe. Conseguimos contato com a mãe e a mesma já esta ciente do ocorrido.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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

25/02/2025 (

Nº Atendimento

4589500



EMERGENCIA CONVENIOS

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
SOPHIA ADAMSKI	06/03/2019	F	14824379962
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
BREENDA NUNES CARNEIRO ADAMSKI	CHRISTIAN MACHADO ADAMSKI		995105838
Endereço	Número	Complemento	
RUA JORGE BREY	427		
Cidade	Bairro	CEP	UF
SAO JOSE DOS PINHAIS	BORDA DO CAMPO	83075300	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S099

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA # PA PEDIÁTRICO

ACOMPANHANTE: MÃE
IDADE ATUAL: 5 ANOS 11 MESES
PESO: 22 KG

HDA: HÁ CERCA DE 1 HORA PACIENTE BATEU REGIÃO FRONTAL ESQ EM EXTINTOR - NO MOMENTO REFERINDO DOR EM LOCAL DE TRAUMA. NEGA SÍNCOPE, NEGA VÔMITOS, NEGA QUAISQUER SINAIS DE ALARME.

FREQUENTA CRECHE/ESCOLA: SIM
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: BACTRIM, PROFENID
COMORBIDADES: NEGA
USO DE MEDICAÇÕES CONTÍNUAS: NEGA
VACINAÇÃO EM DIA - SIC.

DS_EXAME_FISICO

BEG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO
PULSOS PERIFÉRICOS FORTES, PALPÁVEIS, SIMÉTRICOS, TEC < 2 SEG
OTO, ORO E RINOSCOPIA SEM SANGRAMENTOS
TÓRAX: MV + BILAT S/RA, SEM SINAIS DE ESFORÇO RESP
ACV: BCRNF 2T S/ SOPROS
ABD: PLANO, FLÁCIDO, RHA +, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VCM OU MP
EX NEUROLÓGICO: SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS, ECG 15, PIFR, FORÇA DE 4 MEMBROS PRESERVADA
PELE HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL ESQ DE APROX 2X2CM SEM CREPITAÇÕES À PALPAÇÃO

ISABELLA CHAGAS LELI JORDAO

CRM: 43150