

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelly Caroline de Melo Chicarelli
Nº da Carteirinha: 4.31.6572
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 30/09/2016

Nº da Guia: 29128



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/06/2025	10:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

A aluna conta que estava brincando de pega pega com a amiga e elas caíram no chão, a aluna bateu a cabeça no chão e se queixa de tontura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patricia	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	04/06/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Os responsáveis foram avisados do ocorrido para avaliar a necessidade de atendimento médico.

Ass.:

Geovana Florencio Sansalone

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

2 - N° Guia no Prestador 29128

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	4316572
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	N

Dados do solicitante				
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39.294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	04/06/2025		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic.
1	22 10101039	Consulta em pronto socorro	0

Dr. **Ayce A. F. Mello**
 Pediatra
 CRM-PR 39.294

Dados do Contratado Exatente		31 - Código CNES 9365230	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo 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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
			40 - Código do Procedimento
			41 - Descrição
			42 - Qtd.
			43 - Via
			44 - Tec.
			45 % Red / Acresc.
			46 - Valor Unitário (R\$)
			47 - Valor Total (R\$)

[illegible][illegible]

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

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 29128

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Semta	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Semta		

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 4316572	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI	11 - Numero do Ca
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	---	-------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 49525	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profs.
----------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/06/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição TC - Crânio ou sela turrca ou orbitas	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo 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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--	----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização de Procedimento em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Total de Realização de Procedimento em Série	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62 - Total de Realização de Procedimento em Série	63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	64 - Total de Realização de Procedimento em Série	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	66 - Total de Realização de Procedimento em Série	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Total de Realização de Procedimento em Série	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Total de Realização de Procedimento em Série	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Total de Realização de Procedimento em Série	73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Total de Realização de Procedimento em Série	75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	76 - Total de Realização de Procedimento em Série	77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	78 - Total de Realização de Procedimento em Série	79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	80 - Total de Realização de Procedimento em Série	81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	82 - Total de Realização de Procedimento em Série	83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	84 - Total de Realização de Procedimento em Série	85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	86 - Total de Realização de Procedimento em Série	87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Total de Realização de Procedimento em Série	89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	90 - Total de Realização de Procedimento em Série	91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	92 - Total de Realização de Procedimento em Série	93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	94 - Total de Realização de Procedimento em Série	95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	96 - Total de Realização de Procedimento em Série	97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	98 - Total de Realização de Procedimento em Série	99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	100 - Total de Realização de Procedimento em Série
--	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Assinatura do Contratado	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Assinatura do Contratado
Impresso por: EPSANTOS						
Data/Hora: 05/06/2025 10:09:15						
Contato: 8960324						
Assinatura: 8960324						
Convênio: INST ADVENTISTA/IAIP						
8960324						



Atendimento: 8960324 **Pedido:** 3184203 **Ac. Number:** 3988556
Registro / Nome: ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI
Data de Nascimento: 03/09/2016 **Idade:** 8 anos, 9 meses e 1 dia **Sexo:** F
Pedido do Exame: 04/06/2025 12:29 **Laudado:** 04/06/2025 13:58
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica: Exame realizado com cortes axiais, paralelos à linha orbitomeatal, sem o uso do contraste endovenoso, em tomógrafo Multislice.

Laudos:

Estruturas ósseas de morfologia e integridade conservadas.
Parênquima cerebral, cerebelar e tronco cerebral de atenuação radiológica preservada ao método, notando-se a habitual diferenciação das substâncias branca/cinza nos diversos giros corticais.
Sistema ventricular de dimensões, topografia e morfologia habitual.
Sulcos, cisternas e fissuras de aspecto habitual.
Estruturas da fossa posterior sem alterações tomográficas significativas.
Não há desvios da linha média.

Opinião:

- Exame tomográfico sem particularidades.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

SUELLEN SCHNEIDER

CRM- PR: 34421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8960324 **Prontuário:** 498898 **SAME:**
Paciente..... : ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI
Endereço..... : RUA PEROBA
Bairro..... : JARDIM PINHEIROS
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S019 - FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 04/06/2025

Hora Atend: 11:43 **Data Atend:** 04/06/2025
Idade: 8 a

UF...: PR **CEP:** 87043628
Plano....: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 14:54

Prestador da Evolução Médica: 7739 **MURILO SANCHES KULEVICZ**

DIAGNOSTICO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES
NEGA QUEIXAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES
NEGA QUEIXAS

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES GERAIS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E PIORA

Muriло S. Kulevicz
Médico
CRM: 49.525 - PR

MURILO SANCHES KULEVICZ / 49525
PEDIATRIA

PRESCRIÇÃO.: 9203988 DATA: 04/06/2025 12:28
USUÁRIO.....: PJA FMELLO
ATENDIMENTO: 8960324 DT NASC: 03/09/2016 (8A 9M 1D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 498898 - ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2025 11:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8960324

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

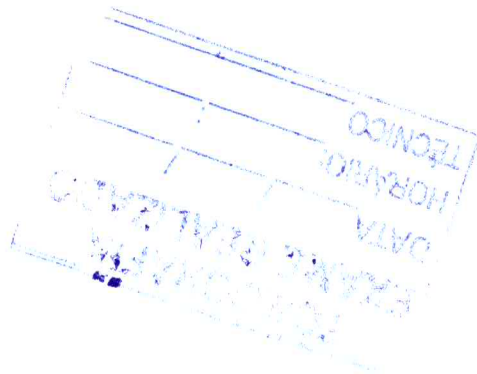
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE CRANIO	1					
Justificativa.: tce						

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

Dr. Joyce A. F. de Mello
CRM-PR 39.294
Pediatria

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39.294



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8960324 Prontuário: 498898 SAME: Hora Atend: 11:43 Data Atend: 04/06/2025
Paciente..... : ISABELLY CAROLINE DE MELO CHICARELLI Idade: 8 a
Endereço..... : RUA PEROBA
Bairro..... : JARDIM PINHEIROS
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87043628
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEE
CID Principal..... : S019 - FERIMENTO NA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 04/06/2025 Hora Saída : 14:54

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

pai relata queda da propria altura com tce apresentando vertigem ate o momento e dor local sem vomitos ou perda de consciencia -- pai relata queda nao assistida

EXAME FISICO

+ r leticia
beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele s/alt
s/sinais meningeos
glasgow 15 nao visualizo hematoma

DIAGNOSTICO

TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES
NEGA QUEIXAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

tce

TRATAMENTO

tc cranio