

1 - Registro ANS 0	5 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização	5 - Sessão 20023
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 20021	9 - Validade da Carteira
10 - Nome ANNE CAROLINE AQUINO CORREA	
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 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
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 19/08/2024
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qlde. Solic. 1
28 - Qlde. Aut.	
Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
31 - Código CNES 15563	
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 - Qlde.	43 - Via
44 - Tec.	45 - Fat. Real/Atresc.
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	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observações / Justificativa	
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Ausgus (R\$)
61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total do 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	

Impresso por: ELAINE.KUZUO Data/Hora: 19/08/2024 16:39:02

Atendimento: 4430257

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4430257



Clínica Adventista de Curitiba
Rua Padre João, 240
CEP: 81130-000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Anne Caroline Aquino Correa

Nº da Carteira: 2.37.6163

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 06/06/2007

Nº da Guia: 20021

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	09:18:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

A aluna estava em Educação Física, jogando vôlei, quando escorregou e bateu a cabeça no chão. Chorou momentaneamente, mas já cessou. Está ciente, conversando bem, mas com um galo. Aplicamos gelo, ela foi retirada da quadra em cadeira de rodas. Ela ainda sente dor.

Testemunha da ocorrência

Professora Pamela

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Ingo

Telefone

(41) 3051-8660

Data

19/08/2024

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº Bairro

107 Água Verde,
0 Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

Os pais foram avisados. Esta guia permite a entrada no hospital acima citado. Ela recebeu gelo de imediato. A Anne conversou com os pais, decidiram que ela vai permanecer esta manhã no colégio.

Nailson Veras

Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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: 15.116.000-00
Contato: (41) 3310-1000

Data do Atendimento
19/08/2024 C
Nº Atendimento
4430257



EMERGENCIA CONVENI

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
ANNE CAROLINE AQUINO CORREA	06/06/2007	F	11746062908
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
CRISTINA MIGUEL DE AQUINO	RONIE CORREA		4137798933
Endereço	Número	Complemento	
RUA CUIABA - DE 876/877 AO FIM	2157	CASA	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	CAJURU	82930010	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S008

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS_HIST_DOENCA_ATUA TRIADO LARANJA
QUEDA DO MESMO NÍVEL HOJE
NAUSEAS E SONOLENCIA

DS_EXAME_FISICO CÇ BEG, CORADA E HIDRATADA, ATIVA E REATIVA, AAA, SSM
HEMATOMA À ESQUERDA, LOCAL DOLORIDO EM REGIÃO PARIETAL
PUPILAS ISOFOTO, GLASGOW 15
AP- MV+ SEM RA, SEM DESCONFORTO
AC- BCRNF2TSS
ABD- PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR, SEM VMG OU MPS
EXT- BPP, SEM CIANOSE OU EDEMA
PELE- ÍNTEGRA
OTO- MTTS OF- sp RINO sp

ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
CRM: 28084