

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 30/08/2024 5 - Senha 20021 6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 20021

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 20021 9 - Validade da Carteira 30/08/2024 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 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 19/08/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data    | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Procedimento | 41 - Descrição              | 42 - Qide | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red/Acreso | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|--------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------------------|-----------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 19/08/2024 | 16:35:00          | 16:35:00        | 22          | 40801012          | RX - Crânio - 2 incidencias | 001       |          | 1.00     |                       | 77.59                     | 77.59                  |

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

| 48 - Seq. Rel. | 49 - Grau Part | 50 - Código na operador/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
|----------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

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

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 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 OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Guia (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 77.59                          | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 77.59                 |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

TALITA. Data/Hora: 30/08/2024 10:32:24 Contato/Id: 2443942 Atendimento: 4430257 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2443942

|                                                                                                  |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                            |                   | 5 - Número da Guia Principal                                                                                        |                                                                                                  |
| 4 - Data da Autorização                                                                          |                   | 5 - Sanha                                                                                                           |                                                                                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                   | 6 - Data Validade da Sanha                                                                                          |                                                                                                  |
| 8 - Número da Carteira<br>20021                                                                  |                   | 9 - Validade da Carteira                                                                                            |                                                                                                  |
| Dados do Solicitante                                                                             |                   | 10 - Nome<br>ANNE CAROLINE AQUINO CORREA                                                                            |                                                                                                  |
| 13 - Código na Operadora<br>59                                                                   |                   | 14 - Nome do Contratado<br>ELAINE DE ALMEIDA KUZUO                                                                  |                                                                                                  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>ELAINE DE ALMEIDA KUZUO                                 |                   | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                     |                                                                                                  |
| 21 - Carteira Alendim.<br>2                                                                      |                   | 22 - Data da Solicitação<br>19/08/2024                                                                              |                                                                                                  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |                   | 24 - Tabula<br>25 - Código do Procedimento<br>40801012                                                              |                                                                                                  |
| 26 - Descrição<br>RX - Cranio - 2 incidencias                                                    |                   | 27 - Qlde. Solic.<br>1                                                                                              |                                                                                                  |
| 28 - Qlde. Aut.                                                                                  |                   | 29 - Código na Operadora<br>30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                                                                                  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                                                        |                   | 32 - Tipo Atendimento<br>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 - Tabula 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                                           |
| 1- / /                                                                                           |                   |                                                                                                                     | 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Faí Red/Acresc 46 - Valor Unitário(R\$) 47 - Valor Total(R\$) |
| 2- / /                                                                                           |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 3- / /                                                                                           |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 4- / /                                                                                           |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 5- / /                                                                                           |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 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 |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 1- / /                                                                                           | 2- / /            | 3- / /                                                                                                              | 4- / /                                                                                           |
| 5- / /                                                                                           | 6- / /            | 7- / /                                                                                                              | 8- / /                                                                                           |
| 9- / /                                                                                           | 10- / /           |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                 |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                   |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 60 - Total Taxas e Annuos (R\$)                                                                  |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |
| 61 - Total 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                                                                    |                   |                                                                                                                     |                                                                                                  |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 19/08/2024 16:35:36

Atendimento: 4430257

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4430257



Dr. Elaine Kuzuo  
Pediatra  
CRM-1778 28.034



Prescrição.: 6796878 Data Prescrição: 19/08/2024 16:34  
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 20021  
Atendimento: 4430257 Validade:  
Paciente....: 115870 - ANNE CAROLINE AQUINO CORREA Nasc: 06/06/2007 17a 2m 14d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG  
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA  
Prestador...: 28084 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA Usuário: ELAINE.KUZUO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição: 

| Exames:                           | Qtd. | Pedido                                                                                       | Data Coleta         | Material | Loc. Anatômico | Accession Number                                                                                  | Cod. Fatur. |
|-----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| RADIOGRAFIA DE<br>CRANIO PA - LAT | 1    | <br>1469061 | 19/08/2024<br>16:34 |          |                | <br>1913403 AT | 32010010    |

ELAINE DE ALMEIDA KUZUO  
CRM 28084

  
CRM 28084  
Pediatria  
19/08/2024

Prontuário: 115870

Pedido: 1913403

Atend: 4430257

Paciente: **Anne Caroline Aquino Correa**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Elaine De Almeida Kuzuo

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 19/08/2024

Dt Imagem: 19/08/2024

Dt Laudo: 20/08/2024 11:17:55

## RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Incidências: anteroposterior (AP) e perfil (P).

Análise:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro do normal radiográfico.

\*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Jorge Alberto Ledesma  
CRM/PR: 5.962

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Anne Caroline Aquino Correa  
**Nº da Carteirinha:** 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

### Partes do corpo

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

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

### Telefone

(41) 3051-8660

### Quem prestou primeiros socorros

Monitor Ingo

### Data

19/08/2024

### Local de atendimento

### Endereço

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

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](mailto: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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Anne Caroline Aquino Correa

**Nº da Carteirinha:** 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

## Partes do corpo

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

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

## Telefone

Professora Pamela

(41) 3051-8660

## Quem prestou primeiros socorros

## Data

Monitor Ingo

19/08/2024

## 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

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)