

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lilian Martins Freitas

Nº da Carteirinha: 4.36.2809

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7



Data de Nascimento: 22/10/2019

Nº da Guia: 28466

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2025	17:01:00	Corredor	A aluna estava saindo do parque para retornar a sala de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna Lilian na saída do parque quando retornava para a sala de aula correndo acabou dando de encontro com um outro aluno e no choque caiu batendo o queixo.

Testemunha da ocorrência

Patrícia

Telefone

4499911032

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

A aluna foi atendida pela monitora Patricia que prestou os primeiros socorros.

Ass.:

Roosevelt Lucas Gonzales de Melo Queiroz

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.uch.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

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

2 - Nº Guia no Prestador 28466

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Sentia	6 - Data Validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	------------	-----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4362809	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LILIAN MARTINS FREITAS	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 HEMINE HUSSEM SALEM	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 036103	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/05/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql Solic 1	28 - Ql Autoriz 0
--	-----------------------------------	--	------------------------	------------------	---	--	--------------------	----------------------

Dados do Contrato Executado	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 relacionado)	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 - Qlde	43 - Via	44 - Têc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (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				

PRESCRIÇÃO.: 9170097 DATA: 16/05/2025 18:00
USUÁRIO....: MSKULEVICZ
ATENDIMENTO: 8939690 DT NASC: 22/10/2019 (5A 6M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 660744 - LILIAN MARTINS FREITAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/05/2025 17:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MURILO SANCHES KULEVICZ SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8939690

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 XYLOCAINA 2% S/V 5ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		SC	AGORA	[16/05] . 18:01

Justificativa.: SUTURA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS DIMENSOES	1					[16/05] . 18

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR DIURNA URG/EMERG PEDIATIRA (SRS/SAMA)	1					

Murilo S. Kulevitz
Médico
CRM 49.525 - PR

MURILO SANCHES KULEVICZ
CRM-PR: 49525