

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ísis Maria Correia Marques Silva

Nº da Carteira: 4.36.2655

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7



Data de Nascimento: 27/07/2016

Nº da Guia: 29418

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2025	10:30:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Lábios

Descrição

A aluna estava nos corredores da escola quando tropeçou no pé de uma colega e caiu de rosto no chão.

Testemunha da ocorrência

Andreia

Telefone

4499911032

Quem prestou primeiros socorros

Andreia

Data

11/06/2025

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

A aluna foi atendida pela monitora Andreia que fez os primeiros atendimentos até a chegada dos pais.

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.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



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

2 - Nº Guia no Prestador 29418

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISIS MARIA CORREIA MARQUES SILVA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

4362655

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

MURILO SANCHES KULEVICZ

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

49525

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

11/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.

1

28 - Qt Autoriz.

0

Handwritten signature and stamp: km: 49525

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 - Qtd. 43 - Via

44 - Txc

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8967418 Prontuário: 410012 SAME:
Paciente..... : ISIS MARIA CORREIA MARQUES SILVA
Endereço..... : RUA PIONEIRO GEORGES ANIS EL KHOURI
Bairro..... : JARDIM ORIENTAL
Cidade..... : MARINGÁ
Convênio..... : INST. ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S019 - FERIMENTO NA CABECA, PARTE NÃO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/06/2025

Hora Atend: 13:50 Data Atend: 11/06/2025
Idade: 8 a

UF...: PR CEP: 87024219
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA APART

Hora Saída : 14:29

Prestador da Evolução Médica: 7739 MURILO SANCHES KULEVICZ

HDA

PACIENTE RELOAT6A QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA ONTEM 12:00H, COM TRAUMA EM LABIO SUPERIOR A ESQUERDA, COM FCC DE PEQUENA DIMENSÃO. NEGA DEMAIS TRAUMAS OU QUEIXAS. MÃE VEM A CONSULTA HOJE POR PREOCUPAÇÃO POR EDEMA. NEGA DEMAIS QUEIXAS.
NEGA ALERGIAS.

EXAME FÍSICO

BEG, ATIVO E REATIVO, AFEBRIL, EUPNEICO
BRNF2T, SS
MV+, SEM RA
ABD: INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA+, FLACIDO, DB-
ORO: LEVE HIPEREMIA DE OROFARINGE, SEM HIPERRETROFIA OU PLACA E AMIGDALA
OTO: SEM ALTERAÇÃO DE CONDUTO BILATERAL, SEM ALTERAÇÃO DE MT
SEM SINAIS MENINGEOS AOS TESTES
LESÃO INFECCIONADA EM LABIO INFERIOR A ESQUERDA

DIAGNOSTICO

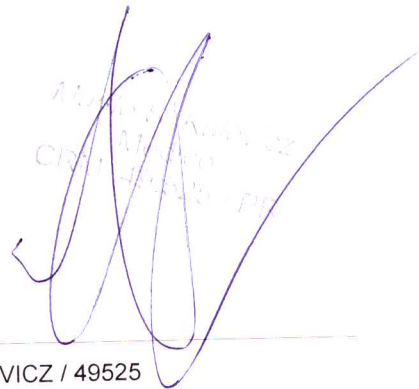
TRAUMA EM FACE
FERIDA INFECCIONADA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRAUMA EM FACE
FERIDA INFECCIONADA

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES GERAIS
PRESCREVO MEDICAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARM E PIORA



MURILO SANCHES KULEVICZ / 49525
PEDIATRIA