

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

2 - Nº Guia no Prestador 23408

|                                                                     |  |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                                               |  | 5 - Número da Guia Principal                                                            |  |
| 4 - Data da Autorização                                             |  | 5 - Semia                                                                               |  |
| 6 - Data Validade da Semia                                          |  | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora                                             |  |
| 8 - Nome do Beneficiário<br>20325                                   |  | 9 - Validade da Carteira                                                                |  |
| 10 - Nome<br>CECILIA LUBE SLIWANY PENTEADO                          |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                           |  |
| 12 - Atendimento a RM<br>N                                          |  |                                                                                         |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                          |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |  |
| 17 - Número no Conselho<br>5215                                     |  | 18 - UF<br>41                                                                           |  |
| 19 - Código CBO<br>225124                                           |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                             |  |
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2                                        |  | 22 - Data da Solicitação<br>26/08/2024                                                  |  |
| 23 - Indicação Clínica                                              |  | 24 - Tabela<br>22                                                                       |  |
| 25 - Código do Procedimento<br>10101039                             |  | 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                                            |  |
| 27 - Qlde. Solic.<br>1                                              |  | 28 - Qlde. Aut.                                                                         |  |
| 29 - Código na Operadora                                            |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                           |  |                                                                                         |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                               |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)                              |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                               |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                              |  |
| 36 - Data                                                           |  | 37 - Hora Inicial                                                                       |  |
| 38 - Hora Final                                                     |  | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento                                                 |  |
| 41 - Descrição                                                      |  | 42 - Qlde.                                                                              |  |
| 43 - Via                                                            |  | 44 - Tec.                                                                               |  |
| 45 - Faix Red/Acresc                                                |  | 46 - Valor Unitário(R\$)                                                                |  |
| 47 - Valor Total(R\$)                                               |  |                                                                                         |  |
| 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 Aluguéis (R\$)                                   |  | 61 - Total Materiais (R\$)                                                              |  |
| 62 - Total de OPIVE (R\$)                                           |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                        |  |
| 64 - Total de Gases Médicinais (R\$)                                |  | 65 - Total Geral (R\$)                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                     |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                          |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                       |  |                                                                                         |  |

Impresso por: STANLEY. Data/Hora: 26/08/2024 15:59:39

Atendimento: 4437307 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4437307

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cecília Lúbe Sliwiany Penteadó  
Nº da Carteira: 2.11.8379  
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 21/07/2017

Nº da Guia: 20325

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade |
|--------------------|----------|-----------------------------|-----------|
| 26/08/2024         | 12:25:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Recreação |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Rosto           |

### Descrição

A aluna estava brincando no escorregador, a touca tapou o olho e acabou tropeçando no degrau do brinquedo. Bateu o queixo, houve pouco sangramento que foi estancado, apresenta corte superficial.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitora Albani          | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Albani                 | 26/08/2024 |

| Local de atendimento                         | Endereço                | Nº   | Bairro                    | Telefone                         |
|----------------------------------------------|-------------------------|------|---------------------------|----------------------------------|
| Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça | Rua Desembargador Motta | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

### Observações

Aplicamos gelo no local e a mãe foi orientada a buscar atendimento médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59  
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO  
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio  
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro  
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR  
Fone: 3225-1920 / 3051-8640  
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão  
Secretária - Ato 06/2019

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)

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

26/08/2024 12:34



Data do Atendimento  
26/08/2024 (

Nº Atendimento  
4437307



EMERGENCIA CONVENI

|                                        |                                |             |             |
|----------------------------------------|--------------------------------|-------------|-------------|
| Paciente                               | Data de Nascimento             | Sexo        | CPF         |
| CECILIA LUBE SLIWANY PENTEADO          | 21/07/2017                     | F           | 13462030914 |
| Responsável Legal 1                    | Responsável Legal 2            |             | Telefone    |
| ANA PAULA LUBE                         | MAURICIO CESAR PENTEADO JUNIOR |             | 996815800   |
| Endereço                               | Número                         | Complemento |             |
| RUA PAULO GRAESER SOBRINHO DE 377 A 99 | 1118                           |             |             |
| Cidade                                 | Bairro                         | CEP         | UF          |
| CURITIBA                               | MERCES                         | 80510372    | PR          |
| Convênio                               | Plano                          |             | CID         |
| CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA         | EMPRESARIAL                    |             | S009        |

Histórico - Anamnese

Classificação de risco: URGENTE

DS\_HIST\_DOENCA\_ATUA    QUEDA ECTRAUMATISMO DA REGIAO MENTONIANA

DS\_EXAME\_FISICO    ID 7 ABEG ATIVA REFLEXOS PRESENTES E SIMETRICOS FCC EM REGIAO MENTONIANA

STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO  
CRM: 5215