

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabrielle Souza de Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.10226
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 02/03/2003

Nº da Guia: 5964.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/08/2022	10:39:38	Rio	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluno relata que estava andando no rio, escorregou em uma pedra, torcendo o pé. relata dor intensa, não consegue firmar o pé no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabi	(48) 98401-0151

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermeiro Gilberto	01/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno
A aluna ainda refere dor no local do trauma encaminhada para reavaliação médica, no dia 25/08/2022. as 08:00.

Ass.:

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - SPS/ADT**

2 - Nº Guia no Prestador **7287590**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validado da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
11410226

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
23876304000112
15 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
25/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1.Solic.
1

28 - Q1.Autoriz.
0

Dados do Contratado Especiarista

29 - Código na Operadora
23876304000112
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNIENS
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Adenite (dentado ou dorçara relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qide 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acred. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(es) Especiarista(s)

48 - Seq. Ref. 49 - G- 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 de Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

7287590

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7287590 **Prontuário:** 559747 **SAME:** 559747 **Hora Atend:** 07:24 **Data Atend:**25/08/2022
Paciente..... : GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAISANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA **UF.:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/08/2022 **Hora Saída :** 07:57

Prestador da Evolução Médica: 4031 **SAMUEL MACHADO**

HDA

ENTORSE DE TNZ ESQUERDO HA 3 MESES
AINDA COM FALSEIOS
GAVETA NEGATIVA
SOL US

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 REG 15.284

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA