

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabrielly Alves Santos
Nº da Carteira: 11.4.10480
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 01/06/2000

Nº da Guia: 7704.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/09/2022	11:10:39	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna relata que estava jogando voley e ao receber uma bola o polegar virou para trás e a mesma colocou no lugar, apresentando edema e dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmem Guadalupe +595 975668462	(

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	04/09/2022

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

Consulta com o ortopedista, conforme solicitação médica, na Clínica de Especialidades, Av. Independência nº 112, com Dr. João Miguel às 15:15horas.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette 173102- Espinha

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 7704001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11410480

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Nome do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiado

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autent.

1 22 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

1

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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 - Cide

43 - Via

44 - Toc

45 - % Rod / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas do Material (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: SCHMAMINI

Data/Hora: 22/09/2022 14:38:04

Contato: 7341679

Atendimento: 7341679

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7341679

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7341679 Prontuário: 578757 SAME: 578757 Hora Atend: 14:36 Data Atend: 22/09/2022
Paciente..... : GABRIELLY ALVES SANTOS Idade: 22 a
Endereço..... : RUA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S633 - RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 22/09/2022 Hora Saída : 15:11

Prestador da Evolução Médica: 2081 JOAO MIGUEL CASADO NETO

HDA

2 SEMANAS pós trauma em polegar direito
suspeita de Stener

TRATAMENTO

orientações
retorno com RM

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27211 BS

JOAO MIGUEL CASADO NETO / 27211
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA