

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Vinicius Babicz Kais  
**Nº da Carteira:** 11.1.12597  
**Instituição:** IAP - Educação Básica

**Data de Nascimento:** 26/06/2014

**Nº da Guia:** 9631.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/03/2023	18:24:16	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

**Descrição**  
Professora auxiliar relata que o aluno estava na aula de educação física em atividade e se chocou com outro aluno, caindo no chão por cima do antebraço esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thayná Zocunele	(42) 99843-8462

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thayná Zocunele	22/02/2023

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**  
Avaliação com o ortopedista após FX TORUS RADIO, conforme solicitação médica.

Ass.: *Joselania Ramos Pazette Fagundes*  
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

7622484

**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)



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

2 - Nº Guia no Prestador **7622484**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
**000000**

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade de Semha

7 - Número de Guia Atribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário:

6 - Número da Carteira  
**11112597**

9 - Validade de Carteira

10 - Nome  
**VINICIUS BABICZ KAIS**

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV  
**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  
**RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Número no Conselho  
**33783**

18 - UF  
**41**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados:

21 - Cartão de Atendimento  
**1**

22 - Data da Solicitação  
**07/03/2023**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
**18**

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
**60034025**

26 - Descrição  
**TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO**

27 - Ql. Solic.  
**1**

28 - Ql. Autoriz.  
**0**

Dados do Contrato, Estabelecimento

29 - Código na Operadora  
**23876304000112**

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

31 - Código CNES  
**9366230**

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento  
**33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)**

34 - Tipo de Consulta

35 - Índice de Encerramento do Atendimento

Dados da Prescrição / Procedimentos e Exames Realizados:

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cida.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (Cód. Profissional(s) Específico(s))

48 - Seq. Prof.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI**

2 - Nº Guia no Prestador **7622484**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
**000000**

3 - N.º Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Semana

6 - Data Validade da Semana

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira  
**11112597**

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
**VINICIUS BABICZ KAIS**

11 - Numero 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  
**RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA**

16 - Conselho Profissional  
**06**

17 - Numero no Conselho  
**33783**

18 - UF  
**41**

19 - Código CBO  
**225270**

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

22 - Data da Solicitação  
**07/03/2023**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
**1**

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
**22 40803112**

26 - Descrição  
**RX - Punho**

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz

29 - Q1 Solic

30 - Q1 Autoriz

Dados do Contratado Especiale

29 - Código do Operador  
**23876304000112**

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

31 - Código CNES  
**9366230**

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 de Estágio / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data  
**37 - H. Inicial 38 - H. Final**

39 - Tabela  
**40 - Código do Procedimento**

41 - Descrição

42 - Cida. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Especiale

48 - Ser. Prof. 49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização do 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 do 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

Impresso por: SONARMINI

Data/Hora: 07/03/2023 11:24:33

ContraLoje: 7622484

Atendimento: 7622484

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

**\*7622484\***







Atendimento: 7622484 Pedido: 2701017 Ac. Number: 3375436  
Registro / Nome: VINICIUS BABICZ KAIS  
Data de Nascimento: 26/06/2014 Idade: 8 anos, 8 meses e 12 dias Sexo: M  
00:00:00  
Pedido do Exame: 07/03/2023 11:23:00 Laudado: 22/03/2023  
14:39:46  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

**RX - PUNHO ESQUERDO (02 INCIDENCIAS)**

Seguimento radigrafico de fratura de radio distal, em processo de consolidação.

  
MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

  
AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 7622484    Prontuário: 595155    SAME: 595155    Hora Atend: 10:16    Data Atend:07/03/2023  
Paciente..... : VINICIUS BABICZ KAIS    Idade: 8 a  
Endereço..... : RUA PIONEIRO JOSE ELVIRA LOPES  
Bairro..... :  
Cidade..... : FLORESTA    UF..: PR    CEP: 87120000  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC    Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 07/03/2023    Hora Saída : 11:45

Prestador da Evolução Médica: 5832 RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

**EVOLUCAO**

VINICIUS, 8a

HD:  
FRATURA DE RADIO DISTAL ESQ.

EF  
TALA EM BOM ESTADO

RX - SEM DESVIO

CD:  
RETORNO EM 3 SEMANAS  
ORIENTAÇÕES



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 7622484    **Prontuário:** 595155    **SAME:** 595155    **Hora Atend:** 10:16    **Data Atend:**07/03/2023  
**Paciente..... :** VINICIUS BABICZ KAIS    **Idade:** 8 a  
**Endereço..... :** RUA PIONEIRO JOSE ELVIRA LOPES  
**Bairro..... :**  
**Cidade..... :** FLORESTA    **UF...:** PR    **CEP:** 87120000  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA - CLAC    **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
**CID Principal..... :** S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída..... :** 07/03/2023    **Hora Saída :** 11:45

**Prestador da Evolução Médica: 5832 RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA**

**EVOLUCAO**  
VINICIUS

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA / 33783  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



**TAXA DE SALA**

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13x4,5 unid		Clorexidina degermante 2%(Laborhex)		Espatradrupo cm		Lanceta de glicemia unid
	Agulha 25x7 unid		PVPi tópico ml		Fita adesiva Crepe cm		Tira teste unid
	Agulha 30x7 unid		Óleo de girassol ml		Micropore 25mm cm		Salto adulto G unid
	Agulha 40x12 unid		Gel de própolis g		Micropore 50mm cm		Salto Infantil P unid
01	Atadura algodão orto 10 cm		Gel de papaína g		Stopper curativo unid		Tala de alumínio unid
	Atadura algodão orto 20 cm		Gel Calêndola g		Eletrodo descartável unid		Seringa 5ml
03	Atadura crepom 10 cm		Celastone soluspan amp		Fio mononylon nº		Seringa 10ml
	Atadura crepom 20 cm		Decadron amp		Lamina de bisturi nº		Seringa 20ml
	Atadura gessada 10 cm		Diprosan amp		Luva esteril nº par		Dreno de pen rose nº
	Atadura gessada 20 cm		Xylocaina 2% s/v amp 5ml		Luva de procedimento unid		Escalpe nº
	Benzina ml		Soro fisiológico 100ml		Malha tubular nº cm		
	Tintura de Benjoim ml		Soro fisiológico 10ml		Compressa gaze 7,5x7,5 unid		
	Clorexidina alcoólica 0,5% ml				Compressa gaze queijo unid		

**Relatório de Enfermagem**

PACT NO DA ORTOPEDIA REALIZADO A TROCA DE TALA NO BARRICO E SEGUI ORIENTAÇÕES MEDICA

MARINA A. DOS SANTOS  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PR 1.829.530

Obs: Esta taxa deve conter a assinatura do Enfermeiro ou técnico de enfermagem.