

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: 9631.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/03/2023	11:25:17	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

Autorização para RX de punho esquerdo, solicitado pelo Dr. Ricardo, o mesmo deverá ser realizado em 28/03/2023.

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.:

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 26/06/2014

Nº da Guia: 9631.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/03/2023	11:27:52	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
Consulta com o ortopedista Dr. Ricardo, agendada para 28/03/2023.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania 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/ISADI

2 - Nº Guia no Prestador 7662960

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11112597

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VINICIUS BABICZ KANS

11 - Número 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 - Número no Conselho
33783

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
28/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
40803112

26 - Descrição
RX - Punho

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado - Exatante

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 (evento 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 - Qtda.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(a) Profissional Exatante(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

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KCRBURY

Data/Hora: 28/03/2023 10:05:45

CentAUde: 7662960

Atendimento: 7662960

Contratado: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7662960

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

2 - Nº Guia no Prestador

ANS - nº 345695

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

18 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela Aut. 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cite. Solic.

28 - Cite.

01 -

02 -

03 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cite.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

7662960



Atendimento:	7662960	Pedido:	2715057	Ac. Number:	3393299
Registro / Nome:	VINICIUS BABICZ KAIS				
Data de Nascimento:	26/06/2014	Idade:	8 anos, 9 meses e 2 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	28/03/2023 10:04:00			Laudado:	-
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA				

RX - PUNHO ESQUERDO (AP/PERFIL)

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

MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

CRM-

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7662960 **Prontuário:** 595155 **SAME:** 595155 **Hora Atend:** 10:03 **Data Atend:**28/03/2023
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..... : 28/03/2023 **Hora Saída :** 11:06

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

EVOLUCAO

FRATURA DE RADIO DISTAL ESQ.

EF
SEM DOR EM FOCO
ADM OK

RX - CONSOLIDADO

CD:
ALTA MEDICA
ORIENTAÇÕES

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA / 33783
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA