

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Karolaine Jandrey da Silva  
**Nº da Carteira:** 11.4.12579  
**Instituição:** FAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 13/07/2001

**Nº da Guia:** 10988.001



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                             |
|-----------------|----------|---------|---------------------------------------|
| 08/05/2023      | 17:06:35 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu | Partes do corpo    |
|-----------------|--------------------|
| Torção          | Tornozelo Esquerdo |

## Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade esportiva, jogo de basquete, ao pular em uma jogada, foi empurrada, e torceu o torceu o tornozelo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Amanda                   | (41) 99817-6797 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enfo Gilberto Junior            | 22/04/2023 |

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

## Motivo do Retorno

Avaliação com o Ortopedista Dr. Samuel Machado em 09/05/2023, às 09:35h conforme solicitação médica.

Ass.:

**Joselania Ramos Pazette Fagundes**  
**COREN-PR 173102 - ENF**

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](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/SADI

2 - Nº Guia no Prestador 7737819

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

KAROLAINÉ JANDREY DA SILVA

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 MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

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

09/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição  
1 22 ou Item Assistencial 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

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 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

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

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

Identificação do Profissional Examinado(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

Impresso por: KCRBURY

Data/hora: 09/05/2023 09:12:28

Contador: 7737819

Atendimento: 7737819

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

\*7737819\*

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

**Atendimento.....** : 7737819    **Prontuário:** 601273    **SAME:** 601273    **Hora Atend:** 09:11    **Data Atend:** 09/05/2023  
**Paciente.....** : KAROLAINE JANDREY DA SILVA    **Idade:** 21 a  
**Endereço.....** : AVENIDA ARQUITETO NILDO RIBEIRO DA ROCHA DE 1 A 1061  
**Bairro.....** : JARDIM IPANEMA  
**Cidade.....** : MARINGA    **UF..:** PR    **CEP:** 87053330  
**Convênio.....** : INST.ADVENTISTA-IAP    **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF  
**CID Principal.....** : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 09/05/2023    **Hora Saída :** 09:20

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

**HDA**

DOR EM TORNOZELO ESQUERDO  
DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO  
EDEMA INTERMITENTE  
OREINTAÇÕES  
FISIO

DR. SAMUEL MACHADO  
Av. Independência, 112  
Maringá/PR - CEP 87015020  
Tel: (44) 3032-7818

SAMUEL MACHADO / 28684  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA