

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Arthur Hideaki Kawano Guedes
Nº da Carteirinha: 4.36.2598
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



Data de Nascimento: 05/04/2012

Nº da Guia: 12213.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/08/2023	11:08:42	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Direito

Descrição
Os alunos já estavam no pátio no horário de saída, no momento em que foi chamado o aluno em questão para ir embora, o mesmo estava se deslocando para pegar a sua mochila, quando outro aluno colocou o pé em sua direção, quando houve a queda e quebrou o braço direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Viana	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas Viana	29/06/2023

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
Será necessário refazer o gesso.

Ass.:

Sérgio Miranda

Sérgio Miranãa
Administrador Financeiro

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 **12213001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. 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

43625998

9 - Validade da Carteira

43625998

10 - Nome

ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES

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

PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38850

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carder do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/08/2023

23 - Indicação Clínica

Samuel Machado

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

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

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

33

34 - Tipo de Consulta

34

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

35

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37

37 - Hr. Inicial

38

38 - Hr. Final

39

39 - Tabela

40

40 - Código do Procedimento

41

41 - Descrição

42

42 - Qtd. 43 - Via

44

43 - Têc.

45

44 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47

45 - Valor Total (R\$)

48

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

48 - Seq. Ref.

49

49 - Gr. Part.

50

50 - Código na operadora/CPF

51

51 - Nome do Profissional

52

52 - Conselho Profissional

53

53 - Número no Conselho

54

54 - UF

55

55 - Código CBO

56

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58

58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

59

59 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

60

60 - Total de OPME (R\$)

61

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62

62 - Total Gases Medicinais (R\$)

63

63 - Assinatura do Contratado

64

58 - Observação / Justificativa

59

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61

61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

62

62 - Total de OPME (R\$)

63

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65

65 - Assinatura do Contratado

66

66 - Total Geral (R\$)

67

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68

68 - Assinatura do Contratado

69

69 - Assinatura do Contratado

70

Impresso por: GRSILVA

Data/Hora: 02/08/2023 14:33:07

Conta/Lote: 786296

Atendimento: 786296

Contêiner: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7892996

2 - N° Guia no Prestador 12213001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------------	------------------------

4 - Data de AutORIZAÇÃO	5 - Serinha	6 - Data Validade da Serinha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-------------	------------------------------	---

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data de Autorização	5 - Sentença	6 - Data Validade da Sentença	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora
-------------------------	--------------	-------------------------------	---

Pais do Beneficiário 8 - Número da Carteira 43625998	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento à RN N
--	--	--	---	---

13 - Código da Operadora	01062326148
14 - Nome do Contratado	SAMUEL MACHADO
15 - Endereço do Contratado 16 - Cidade 17 - Estado 18 - CEP 19 - Assinatura do Representante Legalizado	

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	02/08/2023	
Assinatura do Médico 27 - Cl. Solic. 28 - Cl. Autoriz.		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
22	40803090	RX - Cotovelo
1		

Sambel maciçao

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1

0

Samuel Machado	27 - Qi.Solic.	28 - Qi.Autoriz.
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0
CRM-PR 28.684 / TEOT 15287		

	Dados do Contrato Essencial
HOSPITAL DOM CAMILIANO DE MABINCA S/A CNPJ nº 06.987.230/0001-10	30 - Nome do Contratado HOSPITAL DOM CAMILIANO DE MABINCA S/A CNPJ nº 06.987.230/0001-10
	31 - Código CNES 9365230

23076004000112		11001 - TAL BOM O/ NUNCA BOM O/ BOM BASTANTE BOM
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Atendente (cliente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		

Dados de Exercício / Procedimentos e Exames Realizados										
37 - Data	38 - Hr. Inicial	39 - Hr. Final	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / Aprec.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

19 - Sem-Par	40 - Gr-Par	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
Identificação do(s) Profissional(es) Examinante(s)						
50 - Código na anexo/CPF						

56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	_____	3 -	_____
2 -	_____	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 OPI/E (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



Atendimento: 7892996 Pedido: 2796844 Ac. Number: 3497737
Registro / Nome: ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES
Data de Nascimento: 05/04/2012 Idade: 11 anos, 3 meses e 27 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/08/2023 15:02:00 Laudado: 09/08/2023
16:04:33
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - COTOVELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7699383 DATA: 02/08/2023 15:02
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7892996 DT NASC: 05/04/2012 (11A 3M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 610142 - ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/08/2023 14:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

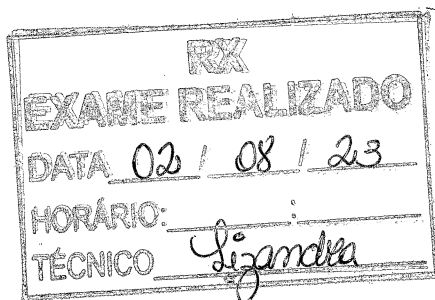
7892996

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP COTOVELO	1						

Justificativa.: fda



Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT: 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 7699427 DATA: 02/08/2023 15:27
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO.: 7892996 DT NASC: 05/04/2012 (11A 3M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 610142 - ARTHUR HIDEAKI KAWANO GUEDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/08/2023 14:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM PARA TROCA DE TALA POIS QUEBROU O COTOVELO (SIC)

POR ORIENTAÇÃO DO ESPECIALISTA DE PLANTÃO SEM SINAIS E FRATURA COM DESVIO
RETIRO TALA GESSADA

ORIENTAÇÕES

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 1520

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84