

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Nathan Gabriel Fernandes Cavaleiro

Nº da Carteira: 11.4.12711

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 07/11/2004

Nº da Guia: 13070.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/08/2023	15:22:30	Residencial	Desentendimento com os colegas de quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita

Descrição

Aluno relata que teve um desentendimento com os alunos do quarto que não deixavam ele dormir e o mesmo tinha que trabalhar no dia seguinte, após a discussão esmurrou a parede. Apresenta edema e equimose na mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Markson	(92) 98143-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jeferson	29/08/2023

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

Reavaliação com o Ortopedista conforme solicitação do Dr. Breno. Consulta em 30/08/2023

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 (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 13070001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia atribuído pelo Operador

8 - Nome da Clínica

11412711

9 - Unidade da Clínica

10 - Nome

NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a TH

N

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

CRM 08684

21 - Cidade do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

30/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou 26 - Descrição
1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
Prof. 1.812386
DI. Atend. 30/08/2023 SMO/TH
INST. ADVENTISTA-THP / COLÉGIO ADV
PRONTO SOCORRO CMO/IOLO.09 HBSM
7941922 11412711

27 - Q. Satis.

1

28 - Q. Autent.

0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

31 - Código CBO

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q. Satis.

43 - Via

44 - Tel.

45 - N. Real / Autent.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação pelo Profissional Específico

48 - CPF/PMI

49 - CPF/PMI

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 do Procedimento em Sane 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

63 - Total de CMV (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Total Gastos Médicos (R\$)

67 - Total Geral (R\$)

Impresso por: C/ 35-VA

Data: 30/08/2023 21:11:44

Consulta: 7941922

Atendimento: 7941922

Contato: INST ADVENTISTA-THP

7941922

PRESCRIÇÃO.: 7765583 DATA: 30/08/2023 16:51
USUÁRIO.....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 7941922 DT NASC: 07/11/2004 (18A 9M 23D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 612386 - NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/08/2023 16:31 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:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM FX DO BOXER A DIREITA, PASSOU POR AVALIAÇÃO ONTEM, INDICADO PROCEDIMENTO CIRURGICO
RETORNA HOJE COM ACOMPANHANTE, ORIENTO SOBRE O QUADRO E INDICO PROCEDIMENTO CIRURGICO
PACIENTE EM USO DE TALA GESSADA

PT:
PACIENTE E ACOMPANHANTE INFORMAM QUE IRÃO PROCURAR PENSAR SE IRÃO REALIZAR PROCEDIMENTO
ORIENTO SOBRE QUADRO E RISCO DA NÃO REALIZAÇÃO DO MESMO
E POSSIVEL SEQUELA.

7941922

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						



SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684