

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Thayna Zucunelli dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.10218
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 23/07/2000

Nº da Guia: 13268.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/10/2023	10:11:22	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades recreativas

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava participando de uma atividade recreativa de futsal e escorregou. Na hora de descer ela sentou, apoiou o pé no chão, derrapou e equilibrou o peso corporal e um único pé, em atrito com o chão acabou fraturando. Apresenta edema em metatarso e escoriações em primeiro dedo do pé direito.

Testemunha da ocorrência

Nicole Dexhmair

Telefone

(66) 99909-5946

Quem prestou primeiros socorros

Ana Izabel

Data

07/09/2023

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

Autorizado RX de tornozelo D, AP e P, solicitado pelo Dr. Manuel Duarte Gilberto CRM 8.788, em 24/10/2023.

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:

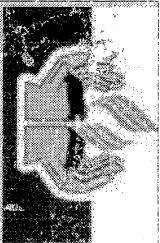
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Joselania Ramos Pazette Fagundes

1 de 1

8035124

24/10/2023



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPSADT

2 - Nº Guia no Prestador 13268006

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
000012444

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código do Operadora

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
MANUEL DUARTE GILBERTO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
8788

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
24/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
1 0

Dados do Contrato Escatológico

29 - Código na Operadora

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

Dr. Manuel Duarte Gilberto
CRM-PR 8788

31 - Código CNES
9385230

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 - Qltd. 43 - Via 44 - Tdc.

45 - % Real / Aceito. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Envolvidos

48 - Sel. Ref.

49 - Gr. Part

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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Thayna Zucunelli dos Santos

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMCAS/ILION

Data/Hora: 24/10/2023 12:22:20

Conta/Lote: 8035124

Atendimento: 8035124

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

8035124

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13268006

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dr. Manuel Duarte Gilberto
CRM-PR 8788

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CUES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atividade (Atividade ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Ql.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - San. Del.

49 - Or. Part.

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 Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Autôgrafos (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRF (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: LMCASILLION

Data/Hora: 24/10/2023 12:27:21

Consultado: 8035124

Atendimento: 8035124

Convênio: INST. ADVENTISTA-LAP

8035124

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8035124 **Prontuário:** 613161 **SAME:** 613161 **Hora Atend:** 12:20 **Data Atend:** 24/10/2023
Paciente..... : THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS **Idade:** 23 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAICANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S829 - FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 24/10/2023 **Hora Saída :** 14:28

Prestador da Evolução Médica: 89 MANUEL DUARTE GILBERTO

HDA

paciente com fratura de tornozelo

EXAME FISICO

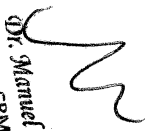
paciente com fratura tronozleo d retirado robo foot , orientaod fisioterapia

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura tornozelo

TRATAMENTO

clinico


Dr. Manuel Duarte Gilberto
CRM-PR 8788

MANUEL DUARTE GILBERTO / 8788
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 8035124 Pedido: 2848724 Ac. Number: 3565527
Registro / Nome: THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
Data de Nascimento: 23/07/2000 Idade: 23 anos, 3 meses e 1 dia Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 24/10/2023 12:25:00 Laudado:
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MANUEL DUARTE GILBERTO

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Controle de osteossíntese de fratura de fíbula, fixada com placa parafusos, sem sinais de soltura ou reabsorção óssea.

Dr. Manuel Duarte Gilberto
CRM-PR 8738

R JULIANA POLLA REINHEIMER

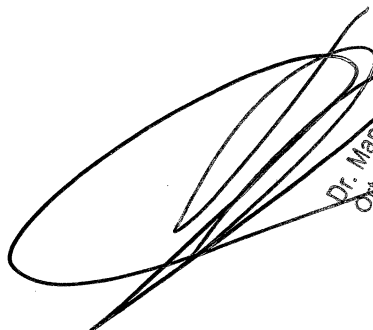
CRM- 52347

CRM-

Dr. Thayne Jucunelli dos
Santos

Soluto:
Rx Tomografia D
ARRP

(Fratura Tomografia D)



Dr. Manuel Duarte Gilberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8.788