

2 - Nº Guia no Prestador 8107013000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	04/12/2023	5 - Sentia	14069	6 - Data de Validade da Sentença	14069	7 - Número da Guia Provisória para Deposição	
-------------------------	------------	------------	-------	----------------------------------	-------	--	--

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
11112073	31/12/2024
89 - Nome Social	
12 - Atendimento a R	
N	

ANDRE FRANK AVILA RIBEIRO

13 - Código da Operadora	23876304000112
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Assinatura do Profissional Solicitante	

15 - Nome do Profissional: SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional: 06	17 - Número do Conselho: 28664	18 - UF: 41	19 - Código de Verificação: 225270
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	---

Dados de Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial
1	04/12/2023		

24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Excepcional	31 - Código CNES
29 - Código na Operadora	9365230
23876304000112	
30 - Nome do Contratado	
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	

Dados do Atendimento		91 - Regime de Atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
33 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	01	
05	9				

Dados do Enunciado / Procedimentos e Exams Realizados													
36-Dteta	37-Hr.	Inicial	38-Hr.	Final	39-Ítabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Xcr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	04/12/2023	15:15		15:15	22	40901220	US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)					97.54	97.54
								001			1.0		

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Consultor Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
48-Sd. Ref.	49-Gr. Part					

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 -	/	/							
2 -	/	/							
3 -	/	/							
4 -	/	/							
5 -	/	/							
6 -	/	/							
7 -	/	/							
8 -	/	/							
9 -	/	/							
10 -	/	/							

59 - Total de Procedimentos (R\$)	97.54
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00
61 - Total de Materiais (R\$)	0.00
62 - Total de OPME (R\$)	0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	0.00
65 - Total Geral (R\$)	97.54

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: André Frank Avila Ribeiro
Nº da Carteira: 11.1.12073
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 08/09/2007

Nº da Guia: 14069.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/11/2023	19:31:29	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluno refere torção em MID em região maleolar. Apresenta edema, dificuldade para movimentar o membro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enf. Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	19/10/2023

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
Autorizo realização de exame ULTRASSOM agendado para o dia 27/11 às 17h30

Documento assinado digitalmente
GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JÚNIOR
Data: 04/12/2023 16:12:31-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Ass.:

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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



Atendimento:	8107013	Pedido:	2873180	Ac. Number:	3597097
Registro / Nome:	ANDRE FRANK AVILA RIBEIRO				
Data de Nascimento:	08/09/2007	Idade:	16 anos, 2 meses e 26 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	04/12/2023 15:15:00	Laudado:	07/12/2023		
			09:10:32		
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	SAMUEL MACHADO				

ULTRASSONOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado com equipamento linear multifrequencial de alta resolução.

Cápsula articular e coxim adiposo anterior sem alterações.

Tendão comum dos extensores e sua inserção no epicôndilo lateral apresentam espessura levemente aumentada com hipoecogenicidade textural difusa.

Tendões flexores inseridos no epicôndilo medial sem alterações.

Coxim adiposo posterior normal.

Tendão de inserção do tríceps braquial normal.

Não se observou derrame articular.

CONCLUSÃO:

- Sinais de epicondilopatia lateral.

MARCIO LUIZ VIOLATO

CRM- PR: 35760