

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Mateus Silveira Xavier
Nº da Carteirinha: 11.4.207174
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 15307.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/02/2024	09:06:29	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava participando de um treino para o jogo de basquete, novato X veterano e ao pular para receber uma bola, pisou de mal jeito, caiu e virou o joelho para dentro. Relata que a dor foi intensa e apareceu edema imediato.

Testemunha da ocorrência

Rafael Barcik

Telefone

(41) 99747-8422

Quem prestou primeiros socorros

Enf. Gilberto

Data

17/02/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

Bairro

93

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Consulta com o ortopedista Dr. Nour em 27/02/2024

X

Mateus Silveira
Ass.:

Josefania Ramos Pazette Fagundes
JOSEFANIA RAMOS PAZETTE FAGUNDES
CRM-PR 173102 - ENF

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15307001

Folha: 1 / 1

1 - Recibo ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Válida da Guia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
--------------------------	------------------------	-------------------------	---

4 - Data de Autorização	5 - Guia	11 - Número do Cartão Nacional da Saúde	12 - Atendimento a SN N
-------------------------	----------	---	----------------------------

Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
----------------------	--------------------------	-----------

0 - Número da Carteira 5128788832	MATEUS SILVEIRA XAVIER		
--------------------------------------	------------------------	--	--

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 038877	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados de Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados	21 - Código do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 27/02/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tipo de Atendimento 25 - Código do Procedimento ou Exame Solicitado 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	27 - Q1 Solic 1	28 - Q1 Autoriz 0
---	---------------------------------	--	------------------------	---	--	--------------------	----------------------

29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNEB 9365230
---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acesso (cadeira ou cama)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento
--	-----------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Q1a	37 - H Inicial	38 - H Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q1b	43 - V1a	44 - T1a	45 - Nº Real / Anosc. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	----------	----------------	--------------	-------------	-----------------------------	----------------	----------	----------	----------	---	------------------------

Identificação do(a) Prestador(a) Especialista	48 - Gr. Prof.	49 - Código na carteira CFP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - JF	55 - Código CBO
---	----------------	-----------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em São	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	59 - Total de Taxas de Materiais (R\$)	60 - Total de Taxas de Opere (R\$)	61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de Opere (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Outros Materiais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--	--	--------------------------------------	--	------------------------------------	--	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização	73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização	76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	77 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização	79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	80 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

8242922

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8242922 Prontuário: 625591 SAME: 625591 Hora Atend: 09:22 Data Atend: 27/02/2024
Paciente..... : MATEUS SILVEIRA XAVIER Idade: 20 a
Endereço..... : RUA VILELA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST. ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 09:49
Data Saída..... : 27/02/2024

Prestador da Evolução Médica: 3926 NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

HDA

1º CONSULTA
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO HÁ 10 DIAS, NA FASE DE APOIO APÓS SALTO DURANTE JODO DE BASQUETE.

EXAME FISICO

ADM COMPLETA
LEVER TEST, LACHMAN E GAVETA ANTERIOR +++
STRESS EM VALGO +

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO DO LCA GRAU 3 + LCM GRAU 1

TRATAMENTO

SOLICITO RM
IMOBILIZADOR POR 3 SEMANAS
RETORNO

Dr. Nour Aliman El Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID / 038877
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA