

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Myrella Nunes de Lima Coelho
Nº da Carteira: 11.1.13379
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 16259.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2024	15:12:17	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava em um treino de futebol, ela recebeu uma bola, dominou a bola errada acabou pisando em cima da bola e torceu o pé e continuou jogando, após isso sentiu o pé falhando e caiu no chão, levantou e se direcionou pulando para o residencial. Chegou com muita dor e quem prestou os primeiros socorros viu q a lateral estava inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Larissa Felix	(92) 98456-9328

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gabrielly Brito	25/03/2024

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 retorno com especialista no dia 04/04/2024 às 09h35 em Clínica de Especialidade (ortopedia) HBSM.

Assinatura de Iniel Machado
Iniel Machado
CRM-PR 28.1284 / TEOT 15284

Ass.:

Assinatura de Gilberto G. F. M. Júnior
Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

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



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - Nº Guia no Prestador 16259001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qx Solto

28 - Qx Autoriz

29 - Item Assistencial

30 - Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

31 - Código CINES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Pq Inicial

38 - Pq Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qdx

43 - Via

44 - Tcc

45 - % Real / Anest. 40 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operacional/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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPRAL (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: BEALMEDA

DATA: 04/04/2024 10:08:48

Conta: 046 832281

Assinatura: 832281

Contratado: INET ADVENTISTA-AP

83222261

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8322261 **Prontuário:** 628763 **SAME:** 628763 **Hora Atend:** 10:07 **Data Atend:** 04/04/2024
Paciente..... : MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO
Endereço..... : COLEGIO IAP
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 04/04/2024 **Hora Saída :** 11:16

Prestador da Evolução Médica: 4031 **SAMUEL MACHADO**

HDA

9 DIAS DE USO DE TALA GESSADA DEVIDO A LESAO LIGAMENTAR DE TNZ DIREITO
DEIXO ROBO FOOT
E FISIO

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA