

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leonardo Mazzeto Barbosa de Souza
Nº da Carteirinha: 4.31.6022
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 01/04/2007

Nº da Guia: 17924.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/06/2024	12:15:51	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita

Descrição

O aluno estava na aula de educação física jogando futsal e a bola bateu na mão causando inchaço e vermelhidão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Crislaine	+55 44 9991-1047

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

O aluno ainda está com um inchaço no dedo e se queixa de dores, o medico pediu para retornar em uma semana.

Ass.: _____

Anselmo Silva Santos

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 17924001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Senha

6 - Data Válidade da Senha

7 - Número da Guia Autoclus pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Abandono a 10%

LEONARDO MAZZETO BARBOSA DE SOUZA

12 - Código da Operadora

13 - Nome do Contratado

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 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabeta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Orç. Pac.

28 - Qd. Autiz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de acidente (acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabeta

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtda.

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. 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

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

75 - Assinatura do Profissional

76 - Assinatura do Profissional

77 - Assinatura do Profissional

78 - Assinatura do Profissional

79 - Assinatura do Profissional

80 - Assinatura do Profissional

81 - Assinatura do Profissional

82 - Assinatura do Profissional

83 - Assinatura do Profissional

84 - Assinatura do Profissional

85 - Assinatura do Profissional

86 - Assinatura do Profissional

87 - Assinatura do Profissional

88 - Assinatura do Profissional

89 - Assinatura do Profissional

90 - Assinatura do Profissional

91 - Assinatura do Profissional

92 - Assinatura do Profissional

93 - Assinatura do Profissional

94 - Assinatura do Profissional

95 - Assinatura do Profissional

96 - Assinatura do Profissional

97 - Assinatura do Profissional

98 - Assinatura do Profissional

99 - Assinatura do Profissional

100 - Assinatura do Profissional

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

2 - Nº Guia no Prestador 17924001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

4 - Data de Autorização

5 - Data

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

4316022

9 - Validade da Carteira

88 - Nome Social

12 - Assinatura e RN

10 - Nome

LEONARDO MAZZETO BARBOSA DE SOUZA

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PAULO RAFAEL SANCHES CALVO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38210

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Descrição do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz

1

0

Dados do Contratado - Especialista

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBO

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Aderência (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de atendimento

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - Hora Inicial

40 - Tabela

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição

43 - Q1e

44 - Via

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Sinal (M)

49 - Q1 Part

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

60 - Total de Taxas e Ausg. (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISAC SILVA

Data: 08/06/2024 08:21:34

Central: 0440233

Atendimento: 0440233

Consulto: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8440233



Atendimento:	8440233	Pedido:	2985675	Ac. Number:	3740324
Registro / Nome:	LEONARDO MAZZETO BARBOSA DE SOUZA				
Data de Nascimento:	01/04/2007	Idade:	17 anos, 2 meses e 3 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	04/06/2024 17:41:00			Laudado:	10/06/2024 14:49:38
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	OSMAEL PEROTTI JUNIOR R.				

RX - MÃO DIREITA (3 INCIDÊNCIAS)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8457884 DATA: 04/06/2024 17:39
USUÁRIO....: POPJUNIOR
ATENDIMENTO: 8440233 DT NASC: 01/04/2007 (17A 2M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 616457 - LEONARDO MAZZETO BARBOSA DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2024 16:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PAULO RAFAEL SANCHES CALVO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM 5° QDD HÁ 14 DIAS, RETORNA PARA ACOMPANHAMENTO - NAO CONSEGUIU REALIZAR AGENDAMENTO PARA RETORNO
FEZ USO DE TALA METALICA POR 7 DIAS

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA 1+/4 - EQUIMOSE
ADM PRESERVADA
NV PRESERVADO

CD
RX
REAVALIO APÓS

8440233

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: FX							
Obs.: DIREITA							
5° QDD							

RX
EXAME REALIZADO
DATA ____/____/____
HORÁRIO: ____:____:____
TÉCNICO _____

PLANTAO OSMAEL PEROTTI JUNIOR
CRM-PR: 46462

PRESCRIÇÃO.: 8458096 DATA: 04/06/2024 19:22
USUÁRIO....: POPJUNIOR
ATENDIMENTO: 8440233 DT NASC: 01/04/2007 (17A 2M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 616457 - LEONARDO MAZZETO BARBOSA DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/06/2024 16:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PAULO RAFAEL SANCHES CALVO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

fx 5 qdd ha 14 dias

encaminhamento ambulatorial
analgesia
orientações
alta

8440233

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO OSMAR PEROTTI JUNIOR
CRM-PR: 46462

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8440233

Name:

DN:

Atendimento:

Data:

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abcath nº		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central _____		PVPI degermante		Sonda Uretral nº _____
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax nº _____		PVPI tópicos		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexedina Alcolólica _____ml		Sonda Nasoenteral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorexidine Degermante _____ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidine Aquosa _____ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Seringa descartável s/ag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Seringa descartável s/ag5ml		Cateter Tipo duclos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel
	Cadargo – 100cm		Fio Mononylon nº _____		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Cânula end. Sbalão nº		Lâmina de bisturi nº _____		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº _____cm		Lâmina pl tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: _____ : _____ Fim: _____ : _____

Oxigênio: Início: _____ Fim: _____

	Início	Fim
Monitorização Cardíaca		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR
						Reto, admetido após 6 hrs RX foi avaliado pelo Dr. e liberado com receto e orientações

Peto, admitido no PS C por RX foi avaliado pelo Dr. e liberado com vacante e orientações gula