

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Luiza Alves Afonso
Nº da Carteira: 11.1.9890
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/10/2007

Nº da Guia: 18229.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/06/2024	16:17:15	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Aluna em jogo de voleibol refere ter levado a mão ao rosto para se defender de uma bolada. Bola acertou MSE ocasionando trauma. Apresenta limitação de movimento em articulação radiocárpica, edema, algia intensa. Aplicado gelo e realizado imobilização do membro com tala e atadura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ariel Fritzen	+595 981 299482

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	22/05/2024

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
Consulta com o Ortopedista em 06/06/2024 às 09:45h

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
CREF-PR 113102 - ENE

Dr. Luiz Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 31517 - NEO

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

5/06/2024

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

2 - Nº Guia no Prestador 18229002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Série

8 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

8a - Nome Social

12 - Alinhamento

10 - Nome

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN CEISO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
3151.7

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
06/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - QI Rolo 28 - QI Auditor
1 0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Atividade (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Região de Atendimento

37 - Sanção Ocupacional

38 - Data 39 - Hx Inicial 38 - Hx Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - ODR 43 - Via 44 - Tbc

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação pelo Profissional Beneficiário

48 - Selo Ref

49 - Gx Part

50 - Código na operacional/CPI

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 Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: H.F.A. M01/24

Data Hora: 06/06/2024 07:53:57

Código: 6443043

Atendimento: 8443043

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8443043

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8443043 Prontuário: 563405 SAME: 563405 Hora Atend: 07:52 Data Atend: 06/06/2024
Paciente..... : MARIA LUIZA ALVES AFONSO Idade: 16 a
Endereço..... : RUA CLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/06/2024 Hora Saída : 07:59

Prestador da Evolução Médica: 4727 LUAN CELSO GONCALVES

HDA

TRAUMA PUNHO ESQUERDO JOGANDO VOLEI DIA 22/05/2024
ESTA BEM / EM USO DE BRACE RIGIDO APENAS QUANDO DOR - SIC

EXAME FISICO

ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR PRESERVADO
RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES
RETORNO S/N