

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Amanda Minotti Amaral da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.207128
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 30/01/2006

Nº da Guia: 18245.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	10:43:06	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluna relata que estava subindo a escada, quando escorregou e bateu a ponta do pé na quina da mesma... relata que sentiu uma dor intensa no momento e que não conseguir pisar, apareceu edema imediato.

Testemunha da ocorrência

Mariana

Telefone

(44) 99977-2503

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

03/06/2024

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 Dr. Samuel em 13/06/2024 às 09:35h

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
JOSERLANIA RAMOS PAZETTE FAGUNDES
JOSEFANIA RAMOS PAZETTE FAGUNDES

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 **18245001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

12 - Atendimento a R\$
N

AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação
13/06/2024

23 - Indicação Clínica

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

27 - Ql Solu: 1
28 - Ql Autoriz: 0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

DR. SAMUEL MACHADO
CRM-PR 18684
Av. Independência 111
Maringá, PR - CEP 87015-070
Tel: (41) 3032-1818

31 - Código CNEB
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Ação (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de atendimento

37 - Status Operacional

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

42 - Ql Solu: 43 - Vlr: 44 - Tax: 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 da Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPAE (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
Amanda Minotti A. da Silva

68 - Assinatura do Contratado

Impressão por: DEVALUECA

Data: 13/06/2024 07:56:03

Contatado: 8456442

Assinatura: 8456442

Contato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8456442

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8456442 Prontuário: 634564 SAME: 634564 Hora Atend: 07:54 Data Atend: 13/06/2024
Paciente..... : AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA Idade: 18 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAICANDU KM119
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/06/2024 Hora Saída : 10:32

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

DOR EM HALUX PE DIREITO
DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO
HA 2 SEMANAS
SOL RX OK SEM FRATURAS
ORIENTAÇÕES
DEIXO FISIO