

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Ester Daniely da Silva Campos

Nº da Carteira: 11.4.100436

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 26/11/2003

Nº da Guia: 19823.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/08/2024	10:20:01	Portaria	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava andando de patinete quando se desequilibrou e caiu no chão machucando o tornozelo D. Relata dor intensa ao movimentar o tornozelo D e o pulso D. Apresenta edema 4/4, deformidade do tornozelo, equimose e dificuldade para movimentar os dedos da mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thais	(51) 99878-2005

Quem prestou primeiros socorros	Data
Porteiro	11/08/2024

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 de retorno pós operatório com o cirurgião ortopedista Dr. Samuel em 20/08/2024.

DR. SAMUEL MACHADO
Maringá, 20/08/2024
Ass.: Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 473102 - ENF

Ass.: Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 473102 - ENF
Joserlania 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 19823001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Arbitrada pelo Operador

4 - Data de Autorização

5 - Série

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a IN

11412553

ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operação
23876304000112

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

16 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

Dados da Solicitação (Procedimentos e Exames Solicitados)

21 - Código do Atendimento

22 - Data de Solicitação
20/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tipo de Atendimento

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Tipo de Atendimento

28 - Data de Solicitação

29 - Indicação Clínica

30 - Tipo de Atendimento

31 - Código CBO

32 - Data de Solicitação

33 - Tipo de Atendimento

34 - Data de Solicitação

35 - Indicação Clínica

36 - Tipo de Atendimento

37 - Código CBO

38 - Data de Solicitação

39 - Tipo de Atendimento

40 - Data de Solicitação

41 - Indicação Clínica

42 - Tipo de Atendimento

43 - Código CBO

44 - Data de Solicitação

45 - Tipo de Atendimento

46 - Data de Solicitação

47 - Indicação Clínica

48 - Tipo de Atendimento

49 - Código CBO

50 - Data de Solicitação

51 - Tipo de Atendimento

52 - Data de Solicitação

53 - Indicação Clínica

54 - Tipo de Atendimento

55 - Código CBO

56 - Data de Solicitação

57 - Tipo de Atendimento

58 - Data de Solicitação

59 - Indicação Clínica

60 - Tipo de Atendimento

61 - Código CBO

62 - Data de Solicitação

63 - Tipo de Atendimento

64 - Data de Solicitação

65 - Indicação Clínica

66 - Tipo de Atendimento

67 - Código CBO

68 - Data de Solicitação

69 - Tipo de Atendimento

70 - Data de Solicitação

71 - Indicação Clínica

72 - Tipo de Atendimento

73 - Código CBO

74 - Data de Solicitação

75 - Tipo de Atendimento

76 - Data de Solicitação

77 - Indicação Clínica

78 - Tipo de Atendimento

79 - Código CBO

80 - Data de Solicitação

81 - Tipo de Atendimento

82 - Data de Solicitação

83 - Indicação Clínica

84 - Tipo de Atendimento

85 - Código CBO

86 - Data de Solicitação

87 - Tipo de Atendimento

88 - Data de Solicitação

89 - Indicação Clínica

90 - Tipo de Atendimento

91 - Código CBO

92 - Data de Solicitação

93 - Tipo de Atendimento

94 - Data de Solicitação

95 - Indicação Clínica

96 - Tipo de Atendimento

97 - Código CBO

98 - Data de Solicitação

99 - Tipo de Atendimento

100 - Data de Solicitação

101 - Indicação Clínica

102 - Tipo de Atendimento

103 - Código CBO

104 - Data de Solicitação

105 - Tipo de Atendimento

106 - Data de Solicitação

107 - Indicação Clínica

108 - Tipo de Atendimento

109 - Código CBO

110 - Data de Solicitação

111 - Tipo de Atendimento

112 - Data de Solicitação

113 - Indicação Clínica

114 - Tipo de Atendimento

115 - Código CBO

116 - Data de Solicitação

117 - Tipo de Atendimento

118 - Data de Solicitação

119 - Indicação Clínica

120 - Tipo de Atendimento

121 - Código CBO

122 - Data de Solicitação

123 - Tipo de Atendimento

124 - Data de Solicitação

125 - Indicação Clínica

126 - Tipo de Atendimento

127 - Código CBO

128 - Data de Solicitação

129 - Tipo de Atendimento

130 - Data de Solicitação

131 - Indicação Clínica

132 - Tipo de Atendimento

133 - Código CBO

134 - Data de Solicitação

135 - Tipo de Atendimento

136 - Data de Solicitação

137 - Indicação Clínica

138 - Tipo de Atendimento

139 - Código CBO

140 - Data de Solicitação

141 - Tipo de Atendimento

142 - Data de Solicitação

143 - Indicação Clínica

144 - Tipo de Atendimento

145 - Código CBO

146 - Data de Solicitação

147 - Tipo de Atendimento

148 - Data de Solicitação

149 - Indicação Clínica

150 - Tipo de Atendimento

151 - Código CBO

152 - Data de Solicitação

153 - Tipo de Atendimento

154 - Data de Solicitação

155 - Indicação Clínica

156 - Tipo de Atendimento

157 - Código CBO

158 - Data de Solicitação

159 - Tipo de Atendimento

160 - Data de Solicitação

161 - Indicação Clínica

162 - Tipo de Atendimento

163 - Código CBO

164 - Data de Solicitação

165 - Tipo de Atendimento

166 - Data de Solicitação

167 - Indicação Clínica

168 - Tipo de Atendimento

169 - Código CBO

170 - Data de Solicitação

171 - Tipo de Atendimento

172 - Data de Solicitação

173 - Indicação Clínica

174 - Tipo de Atendimento

175 - Código CBO

176 - Data de Solicitação

177 - Tipo de Atendimento

178 - Data de Solicitação

179 - Indicação Clínica

180 - Tipo de Atendimento

181 - Código CBO

182 - Data de Solicitação

183 - Tipo de Atendimento

184 - Data de Solicitação

185 - Indicação Clínica

186 - Tipo de Atendimento

187 - Código CBO

188 - Data de Solicitação

189 - Tipo de Atendimento

190 - Data de Solicitação

191 - Indicação Clínica

192 - Tipo de Atendimento

193 - Código CBO

194 - Data de Solicitação

195 - Tipo de Atendimento

196 - Data de Solicitação

197 - Indicação Clínica

198 - Tipo de Atendimento

199 - Código CBO

200 - Data de Solicitação

201 - Tipo de Atendimento

202 - Data de Solicitação

203 - Indicação Clínica

204 - Tipo de Atendimento

205 - Código CBO

206 - Data de Solicitação

207 - Tipo de Atendimento

208 - Data de Solicitação

209 - Indicação Clínica

210 - Tipo de Atendimento

211 - Código CBO

212 - Data de Solicitação

85733387

Impresso por: MEOZACH

Data: 20/08/2024 14:07:24

Consultado: 8573387

Atendimento: 8573387

Convenio: INSS ADVENTISTA-LAP



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

2 - Nº Guia no Prestador 8573382

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira 11412553	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--------------------------	--	---	----------------------------

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 - Numero no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Carteira do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 20/08/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 60034025	26 - Descrição TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 32	33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença preexistente)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento
-----------------------------	---	-----------------------	--

36 - Data 30	37 - Hr. Inicial 37	38 - Hr. Final 30	39 - Tabela 40	40 - Código do Procedimento 41	41 - Descrição	42 - Códex 43	43 - Via 44	44 - Taxa 45	45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47	46 - Valor Total (R\$)
-----------------	------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------------	----------------	------------------	----------------	-----------------	--	------------------------

48 - Sigla Ref. 48	49 - Gr. Part. 50	50 - Código na Operadora/CPF 51	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional 53	53 - Numero no Conselho 54	54 - UF 54	54 - Código CBO
-----------------------	----------------------	------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	-------------------------------	---------------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 -	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Assinatura
--	--

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIAE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Ester Danily	68 - Assinatura do Contratado				

8573382

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8573382 Prontuário: 596636 SAME: 596636
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/08/2024

Hora Atend: 14:06 Data Atend: 20/08/2024
Idade: 20 a

UF.: PR CEP: 87140970
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 15:12

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

PACIENTE POS OP DE FRATURA DE TALUS A DIREITA
ORIENTAÇÕES VIEMENTES QUANTO A POSSIBILIDADE DE NECROSE OSSEA
ORIENTO NAO PISAR
E NAO TROCAR CURATIVO
RETORNO COM 2 SEMANAS

DR. SAMUEL MACHADO
CRM-PR 28684
Atividade Médica - C.R. 57015020
Maringá/PR - Tel. (41) 3333-1112

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL

Obs: Esta taxa deve conter a assinatura do Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

PRESCRIÇÃO.: 8641393 DATA: 20/08/2024 14:10
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 8573382 DT NASC: 26/11/2003 (20A 8M 25D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/08/2024 14:06 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8573382

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
----------	-----	---------	----	-----	------------	---------------

1 CURATIVO

Obs.: R



SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

DR. SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684
Av. Ind. e Comércio, 112
Marina/PR - CEP: 81150-020