

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ester Daniely da Silva Campos
Nº da Carteirinha: 11.4.100436
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 26/11/2003

Nº da Guia: 19823.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	13:32:19	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 com o ortopedista Dr. Samuel em 10/10/2024.

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: _____

Joselania 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 19823002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

11412553

Dados do Beneficiário

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

10/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Q1 Solic

1

28 - Q1 Autoriz

0

Dados do Contratado Estabelecimento

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEB

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Evolução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Sexo

45 - % Real / Assoc. do Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

Identificação sobre Prestador(a) Responsável

48 - Sena Rol

49 - Gr. Prof

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: VANCE/ANSA

Data: 10/10/2024 08:17:46

Contato: 9667111

Atendimento: 9667111

Contato: 19823002/SPADT

8667511

PRESCRIÇÃO.: 8769964 DATA: 10/10/2024 09:22
USUÁRIO.....: SMACHADO
ATENDIMENTO.: 8667511 DT NASC: 26/11/2003 (20A 10M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/10/2024 08:16 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8667511

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: L

Obs.: DIREITO

2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS
Justificativa.: L

Obs.: DIREITO SEM TALA

Ver agora

Sm

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
26/11/2003 F 20s 10m 15s N.Cert:11412863
INST.ADVEN



3089712

596636
Dia Pedido: 10/10/2024
Atend: 8667511

8667947

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8667511 Prontuário: 596636 SAME: 596636 Hora Atend: 08:16 Data Atend: 10/10/2024
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS Idade: 20 a
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO UF.: PR CEP: 87140970
Cidade..... : PAICANDU Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMEIROS
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 10:35
Data Saída..... : 10/10/2024

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

PACIENTE POSOP DE FRATURA DE TALUS 54 DIAS DE POS OP
NAO RETORNOU QUANDO SOLICITADO
RETORNA HOJE 40 DIAS APOS O NECESSARIO
DEIXO FISIO
RETIRO TALA
SOL RX AGORA CONSOLIDAÇÃO OK
DEIXO FISIO
LIBERO CARGA