

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabella Pierezan Soto
Nº da Carteirinha: 11.1.12305
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 25/02/2010

Nº da Guia: 20900.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	13:40:23	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava em atividade esportiva jogando vôlei, quando a mesma sofreu entorse em MID após cortar a bola e ao descer pisou em pé de outra jogadora. Apresenta edema, aplicado gelo e realizado imobilização com atadura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Caroline Halles	(44) 99915-3656

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paola Agostini	11/09/2024

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 especialista Dr. Samuel em 10/10/2024

Ass.: _____

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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

2 - N° Guia no Prestador 209000001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	2 - Nr. Guia Própria
000000	
3 - Data de Autuação	4 - Serviço
5 - Data Vencimento da Dívida	6 - Número da Guia Arrecada pelo Operadora

Dados do Beneficiário	
B - Número da Carteira	11112305
C - Validade da Carteira	
D - Nome	ISABELLA PIEREZAN SOTO
E - Número de Cartão Nacional de Saúde	
F - Atendimento a Rec	N

13 - Código da Operação 23876304000112	14 - Nome do Contribuinte HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Número do Documento 06	17 - Número do Contrato 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	--------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimento e Emissão Solicitada				
21 - Centro de Atendimento	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica		
1	07/11/2024			
24 - Tarefa	25 - Código do procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic	28 - Q2 Autor
22	10101012	Consulta em consultório (no horário normal ou prestabelecido)	1	0

União de Contratos Econômicos	31 - Código CNES 9365230
29 - Código na Operação 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

[illegible][illegible]

56 - Data de realização de Populamento em Saco 57 - Idade em dias do Beneficiário no Hospitalar

56	57
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R3)	60 - Total das Tarefas e Atividades (R3)	61 - Total Tarefas de Manutenção (R3)	62 - Total do OCPME (R3)	63 - Total do Inocuidade (R3)	64 - Total Gastos Materiais (R3)	65 - Total Ocas (R3)
06 - Assessoria de Responsabilização Ambiental	67 - Assessoria de Sustentabilidade ou Responsabilidade	68 - Assessoria de Contratos				