

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Victor Terres Rodrigues
Nº da Carteirinha: 11.1.12304
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/08/2007

Nº da Guia: 21783.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	13:35:48	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

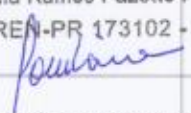
Descrição
Aluno em jogo de futsal refere torção de tornozelo DIREITO. Apresenta edema 2+/4+, equimose e algia ao movimentar o membro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enf. Gilberto	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	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 especialista Dr. Samuel em 10/10/2024

Ass.: 
Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 21783002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data validade da receita	7 - Número de Guia atribuído pelo Operador
4 - Data de Autorização	5 - Setor	9 - Nome do Beneficiário 11112304	10 - Nome do Beneficiário JOAO VICTOR TERRES RODRIGUES
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
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data de Solicitação 07/11/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	
27 - Q1-Solic 1		28 - Q1-Motivo 0	

Dados do Contratado Estabelecimento

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 de Atendimento (paciente ou doença relacionadas)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data	37 - 1ª Realiz	38 - 1ª Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q1-Solic	43 - Q1-Via	44 - 1º	45 - 2º Realiz / Autoriz	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	----------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	---------------	-------------	---------	--------------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável

48 - Nome Real	49 - Q1-Par	50 - Código na Operadora/CNPJ	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 - Assinatura do Responsável pela Autorização	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Assinatura do Contratado
--	---	--	-------------------------------

61 - Total Taxas de Maringá (R\$)

62 - Total de Q1-Solic (R\$)	63 - Total de Q1-Via (R\$)	64 - Total Q1-Solic (R\$)	65 - Total Q1-Via (R\$)
------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	-------------------------------