

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Eiji Gondo D'andréa Mateus

Nº da Carteirinha: 4.36.2697

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 08/03/2016

Nº da Guia: 21714



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	12:27:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Direito

Descrição
O aluno estava no horario do intervalo e estava brincando junto com outros colegas quando caiu por cima do seu braço direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andreia	(44) 99704-3012

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador: Lucas	03/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HB5 - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
Retorno solicitado pelo médico

Ass.:

Sérgio Miranda

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 21714

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUCAS EUJI GONDO D ANREA MATEUS

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

33783

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código do Atendimento

22 - Data da Solicitação

11/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Telefone

22

25 - Código do Procedimento ou Item de Anamnese

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qx Solic.

1

28 - Qx Autoriz.

0

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados da Anamnese

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (cadente ou alonga)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qx 43 - Via 44 - Tec

45 - % Red / Acresc. de Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Encarregado

48 - Sig. Rat

49 - Q. Part

50 - Código na operadora CFP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPML (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Profissional ou Responsável

Lucas Eui Gondo D Anrea Mateus

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: 06/02/2024

Data Hora: 11/10/2024 09:08:40

Controlador: 06/02/2024

Assinatura: 06/02/2024

Controlador: 06/02/2024

866.999.34

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8669934 **Prontuário:** 644704 **SAME:** 644704 **Hora Atend:** 09:07 **Data Atend:** 11/10/2024
Paciente..... : LUCAS EIJI GONDO D ANREA MATEUS
Idade: 8 a
Endereço..... : RUA MARECHAL DEODORO
Bairro..... : ZONA 07
Cidade..... : MARINGA
UF..: PR **CEP:** 87030020
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...**: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/10/2024 **Hora Saída** : 11:49

Prestador da Evolução Médica: 5832 **RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA**

EVOLUCAO

LUCAS EIJI

PAI - PAULO

03/10/24 - FRATURA DE RADIO DISTAL - SALTER 2

RX - FRATURA SALTER 2

CD:

TALA EM NEOPRENE

RETORNO EM DUAS SEMANAS

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA / 33783
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA