

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Guilherme Rafael Gusmão Silva

Nº da Carteirinha: 11.4.208230

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 26/12/2005

Nº da Guia: 20781.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/10/2024	16:41:50	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno relata que estava participando de um jogo de basquete e ao receber a bola, adversário puxou os dedos para trás. Apresenta os dedos 2º, 3º e 4º da mão esquerda edemaciado e com equimose. Realizado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
João Pedro	(44) 9176-3348

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	09/09/2024

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 Ortopedista Luan Celso em 16/10/2024 às 13:45

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 20781003

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Série
6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Autolida pelo Operador

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 114208230	9 - Validade da Carteira
10 - Nome GUILHERME RAFAEL GUSMAO SILVA	11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	

Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 3151.7	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado	
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/11/2024
23 - Indicação Clínica	24 - Tabeta
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)
27 - QI Solic	28 - QI Autoriz
1	0

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

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidentes (análise ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado	
36 - Data 37 - Inicial 38 - Fim	39 - Tabeta 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
42 - QDM 43 - Vix	44 - T6
45 - % Real / Anest.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	

Identificação dos (Profissionais) Executante(s)	
48 - Seq. Real	49 - Cr. Real
50 - Código na Operadora/CPE	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Cód. Org. CBO

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

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Análises (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total da CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Materiais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						