

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 21714.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2024	12:08:50	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
O aluno estava no horário 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
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno
Retorno dia 25/10/2024 para fazer RX

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

*
Assessoria Gondo



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 21714002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Vencível da Guia

7 - Número da Guia Arquivada para Operadora

8 - Nome do Beneficiário
4362697

9 - Verificação da Carteira

10 - Nome
LUCAS EULI GONDO D ANREA MATEUS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a SH
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 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
25/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qx Sph
1

28 - Qx Autoriz
0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Questão
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEIS
9365230

Dados do Beneficiário

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimento e Exatidão Realizada

36 - CNA

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CNA

43 - Via

44 - Tce

45 - Rod / Autoc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (sigla) Profissional(es) Executante(s)

48 - Sig. Prof.

49 - Gr. Prof.

50 - Código de Operadora (CNP)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Guia de Indicação de Procedimentos em Guia

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPNE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Taxas Materiais (R\$)

65 - Total Guia (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MELOZACH

Data: 25/10/2024 09:29:12

Contato: 0800 000 000

Assinatura: 0800 000 000

Código: 0800 000 000

8696325

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8696325 **Prontuário:** 644704 **SAME:** 644704 **Hora Atend:** 09:28 **Data Atend:** 25/10/2024
Paciente..... : LUCAS EIJI GONDO D ANREA MATEUS **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA MARECHAL DEODORO
Bairro..... : ZONA 07
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **UF..:** PR **CEP:** 87030020
CID Principal..... : Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/10/2024 **Hora Saída :** 11:32

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

EF:
ADM PLENA
SEM DOR EM FOCO

CD:
ALTA MEDICA
RETORNO AS ATIVIDADES EM 15 DIAS

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA / 33783
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA