

8710964

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maycon de Sousa Aquino
Nº da Carteirinha: 11.4.80939
Instituição: FAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 12/11/2002**Nº da Guia:** 21253.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	09:29:46	Campo	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição
Aluno relata que estava participando de futebol no campo sintético e ao chutar uma bola caiu e bateu o joelho no chão, no momento sentiu uma fisgada, seguida de dor. Aplicado gelo local com repouso, sem melhora.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo	(44) 99725-0172

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto	08/09/2024

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
Retorno com o ortopedista especialista de Joelho em 29/10/2024 às 14:45h

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 21253002

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Serça
6 - Data Validação da Serça	
7 - Número da Guia Arquivado pelo Operadora	
8 - Número da Carteira 11480939	
9 - Validação da Carteira MAYCON DE SOUSA AQUINO	
10 - Nome MAYCON DE SOUSA AQUINO	
11 - Número da Carteira Nacional do Saco	
12 - Acreditamento a RIN N	
13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante THIAGO SANTOS VIEIRA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 40096	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Acreditamento 1	
22 - Data da Solicitação 01/11/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012
26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	27 - QI Solic. 1
28 - QI Autoriz. 0	

Dados do Contratado Encarregado

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

Dados do Acreditamento

32 - Tipo Acreditamento	33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Acreditamento
-------------------------	---	-----------------------	--

Códigos da Enciclopédia / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Cód.	37 - Hs Inicial	38 - Hs Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód.	43 - Vls	44 - Tdc	45 - % Real / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	-----------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Prestador(es) Executante(s)

48 - Selo Ref	49 - Gr. Prof	50 - Código na operadora/CPPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
---------------	---------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em Serça

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autômatos (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPPE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gases (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Acreditado

Impresso por: MS10262H

Data: 01/11/2024 14:47:14

Operador: 877084

Assinatura: 877094

Comprov. CINECA AUTENTICA: 1246

8710964

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8710964 Prontuário: 589186 SAME: 589186 Hora Atend: 16:56 Data Atend: 01/11/2024
Paciente..... : MAYCON DE SOUSA AQUINO Idade: 21 a
Endereço..... : AVENIDA INDEPENDENCIA
Bairro..... : ZONA 04
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC UF.: PR CEP: 87015020
CID Principal..... : Z479 - SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/11/2024 Hora Saída : 17:33

Prestador da Evolução Médica: 8342 THIAGO SANTOS VIEIRA

EVOLUCAO

trauma joelho d ha 1 mes
dor compartimento anteromedial
adm ok
stress neng para meniscos
sem instabilidades
dor para extensão de mecanismo extensor
rnm com lesão estavel de corno posterior de mm + lesao condral de troclea
cd - analgesia. fst
retorno