

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Wesley Gonçalves dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.81337
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 26/02/1998

Nº da Guia: 22501.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	22:13:38	Society	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita

Descrição

Aluno relata que estava jogando e quando foi chutar a bola torceu o pé direito. Relata algia intensa e apresenta deformidade em fíbula. Realizado gelo terapia e imobilização.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gilberto

(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros

Data

Gilberto

26/10/2024

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

Autorizado retorno no dia 08/11/2024 às 17h50 com Dr. THIAGO SANTOS em Clínica de Especialidades HBSM.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Junior

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 22501001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validação da Saúde

7 - Nome da Guia Atendido pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WESLEY GONCALVES DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

125

13 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

12 - Atendimento a RH
N

23876304000112

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
08/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabule
1

25 - Código do Procedimento
10101012

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

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

Dados do Contratado / Prestador

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEB
9365230

Dados da Encaminhamento / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Inicial

38 - Inicial

39 - Tabule

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qx Solic.
43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red / Autenc. 46 - Valor Unidário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Responsável

48 - Cx. Part

49 - Código na Operadora/CPF

50 - Nome do Profissional

51 - Conselho Profissional

52 - Número no Conselho

53 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Observação / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas de Materiais (R\$)

61 - Total de CPME (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total Casos Medicamentos (R\$)

64 - Total Geral (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

Inscricao por OFFICINA

Data: 08/11/2024 17:49:50

Carteira: 8723538

Assinatura: 8723538

Contato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8723538

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8723538 Prontuário: 646771 SAME: 646771 Hora Atend: 17:47 Data Atend:08/11/2024
Paciente..... : WESLEY GONCAVES DOS SANTOS Idade: 26 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : Z479 - SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/11/2024 Hora Saída : 18:17

Prestador da Evolução Médica:

THIAGO SANTOS VIEIRA

Dr. Thiago Santos Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40096/BQE93987

THIAGO SANTOS VIEIRA / 40096
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA