

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Henrique Dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.195909
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 20314.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/11/2024	09:29:04	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

luno relata que estava participando do Intercurso, em um jogo de basquete, quando recebeu uma bola que bateu no 1º dedo da mão E, virando o mesmo para trás. Apresenta discreta equimose e edema local .(Aluno relata que colocou o dedo de volta no lugar)

Testemunha da ocorrência

Sofia

Telefone

(49) 99964-7376

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

25/08/2024

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

Autorização para retorno com ortopedista no dia 22/11/2024 às 10h.

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes



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 20314006

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11412681

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Contratado

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

João Miguel Casado Neto

Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

22/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou prestatolocido)

27 - Or. Solic.

28 - Or. Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Encerrado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red / Acredit.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Encarregado

48 - Sig. Red

49 - Or. Part

50 - Código na Operadora/CPF

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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

63 - Total de Taxas de CIME (R\$)

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Total de Medicamentos (R\$)

66 - Total de Gastos Médicos (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total Gastos (R\$)

70 - Total Gastos (R\$)

Impresso por: MESQUITA

Data: 22/11/2024 08:17:14

Controlado: S/S/S/S

Atendimento: 07/2024

Contato: CLINICA ADENISITA - CLAC

874.3944

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

2 - Nº Guia no Prestador 8743944

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semana

6 - Data Validade da Ficha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Numero da Carteira

10 - Nome

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a ROL

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
27211

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

João Miguel Casado Neto
CRM 22211 ES

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
22/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
60034025

26 - Descrição
TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO

27 - QI Solo

28 - QI Autoriz

1

0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Assistente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H Inicial 38 - H Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cita 43 - Via 44 - Tec

45 - % Riel / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura (sigla) Profissional Encarregado

48 - Seq Riel

49 - Gr Part

50 - Código na operadora/CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Observações / Abreviatura

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: DIRETORIA

Data: 22/11/2024 08:41:23

Contrato: 6743944

Atendimento: 8743944

Cartão: CLINICA ACREDITADA - 05/2024

8743944

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13x4.5 unid		Clorexidina degermante 2%(Labortex)		Espatradrupo cm		Lanceola de glicemia unid
	Agulha 25x7 unid		PVP Iônico ml		Fita adesiva Crepe cm		Tira teste unid
	Agulha 30x7 unid		Óleo de girassol ml		Micropore 25mm cm		Salto adulto G unid
	Agulha 40x12 unid		Gel de própolis g		Micropore 50mm cm		Salto infantil P unid
	Atadura algodão orto 10 cm		Gel de papalina g		Stopper curativo unid		Tala de alumínio unid
	Atadura algodão orto 20 cm		Gel Catêndola g		Eletródo descartável unid		Seringa 5ml
	Atadura crepom 10 cm		Colagenase g		Fio monomylon nº		Seringa 10ml
	Atadura crepom 20 cm		Celestone soluspan amp		Laminha de bisturi nº 11		Seringa 20ml
	Atadura gessada 10 cm		Decadron amp		Luva esteril nº	par	Dreno de pen rose nº
	Atadura gessada 20 cm		Diprosan amp		Luva de procedimento unid		Escalpe nº
	Benzina ml		Xylocaina 2% s/v amp 5ml		Malha tubular nº	cm	
	Tritura de Benjoim ml		Soro fisiológico 100ml	1	Compressa gaze 7.5x7.5 unid		
	Clorexidina alcoólica 0.5% ml		Soro fisiológico 10ml		Compressa gaze queijo unid		

Procedimentos

Aplicação IM	Drenagem:	Retirada de pontos
Curativo:	Eletrcardiograma ECG	Retirada de fio de Kirshner
Cantoplastia	Glicemia capilar	Confeção de tala gessada Circular () semicircular ()
Dilatação uretral	Oxigênio - início:	Troca de cânula traqueal
	final:	

Relatório de Enfermagem

Foram feitos com a ortopedia pós cirurgia em região da moela se deu a retirada definitiva de pontos + curativo plasmático da ferida segue observação negativa 2 medicações

Martina de Jesus Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 408-941

Obs: Esta taxa deve conter a assinatura do Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8743944 **Prontuário:** 599146 **SAME:** 599146 **Hora Atend:** 08:16 **Data Atend:** 22/11/2024
Paciente..... : GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS **Idade:** 22 a
Endereço..... : RUA OSCAR BUENO
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... : CASTRO **UF...:** PR **CEP:** 84165410
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S633 - RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 22/11/2024 **Hora Saída :** 09:37

Prestador da Evolução Médica: 2081 **JOAO MIGUEL CASADO NETO**

HDA

3 semanas PO tratamento cirurgico de Stener em polegar esquerdo
sem queixas

EXAME FISICO

FO ok

TRATAMENTO

orientações
retiro pontos
curativo
retorno 2 semanas

JOAO MIGUEL CASADO NETO
Ortopedia e Traumatologia
22/11/2024