

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Vinícius da Silva Conti
Nº da Carteira: 11.1.12887
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 28/03/2009

Nº da Guia: 22094.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/11/2024	11:21:47	Ginásio	Copa UNIMED

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno em aquecimento para jogo da copa UNIMED em Maringá, refere entorse em tornozelo E após pular. Apresenta edema em região de maléolo lateral, refere algia ao movimentar o membro e dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	11/10/2024

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

Consulta com o ortopedista Dr. Samuel em 26/11/2024 às 10:45h

Ass.: _____

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

DR. SAMUEL MACIADO
CRM-PR 28564
Av. Independência 112
Maringá/PR - CEP 87015-020
Tel: (44) 3032-1818

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8749870 Prontuário: 224962 SAME: 224962 Hora Atend: 08:10 Data Atend: 26/11/2024
Paciente..... : VINICIUS DA SILVA CONTI
Endereço..... : FARIA LEMOS
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 26/11/2024
UF.: PR CEP: 87130000
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
Hora Saída : 10:53

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

ESTA EM USO DE TALA GESSDA HA 40 DIAS
DEVIDO TTO CONSEVADOR DE FRATURA DE TNZ
RX OK
DEIXO FISIO
RETORNO SN

OK - SAMUEL MACHADO
CRM-PR 28684
Av Independência, 112
Marinaga/PR - CEP 87015020
Tel: (44) 3032-2818

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

2 - Nº Guia no Prestador 22094003

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS DA SILVA CONTI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

898003455695851

12 - Atendimento a RIN

N

11112887

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado

21 - Código do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

26/11/2024

23 - Inscrição Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Intervenção

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

28 - Qr Autoriz

0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEB

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Assente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlta

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Beneficiário(a)

48 - Sog. Ref.

49 - Qr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de Qlta (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Gens (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Operador

Impresso por: DIFESTANA

Data: 28/11/2024 08:16:42

Consultor: R176870

Assinatura: R176870

Consultor: CLINICA ADVENIT/37A - CLAC

8749870