

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: 22094.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/11/2024	11:25:41	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

Autorização de exame de imagem RX de ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA código 40804089 em 26/11/2024.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173192 - ENF

Joselania 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 22094004

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11112887

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS DA SILVA CONTI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

898003455695851

12 - Atendimento a RN

N

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

21 - Cálculo do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

26/11/2024

23 - Indicação Clínica

27 - QLT Solic.

1

28 - QLT Autoriz.

0

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804089

26 - Descrição

RX - Artroscopia Labrolabral (tornozelo)

Dados do Contratado Estabelecimento

29 - Código no 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 de Atendimento (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

42 - QLT

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Setor

49 - Gr. Prof.

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

53 - Observação / Justificativa

54 - Total Procedimentos (R\$)

55 - Total das Taxas e Aluguéis (R\$)

56 - Total Taxas de Materiais (R\$)

57 - Total de CPME (R\$)

58 - Total de Medicamentos (R\$)

59 - Total Gases Médicos (R\$)

60 - Total Geral (R\$)

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: UNIFESPANA

Data: 26/11/2024 08:13

CNPJ: 06.874870

Atendimento: 874870

Contato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

874.9870

