

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: 20314.007

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	15:01:45	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Aluno 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 Dr. João Miguel dia 06/12/2024 às 09:35h.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 20314007

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Servico

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Numero da Carteira

11412681

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

11 - Numero da Carteira Nacional de Saude

12 - Acreditamento a RH
N

Data de Inscrição

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

Data da Solicitação, Prescrição e Exame Solicitado

21 - Caracter do atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Abaixo

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Consulta em consultório (no horário normal ou previamente agendado)

1 0

27 - CI - CID

28 - CI - ADOLESC

29 - Código no Orçamento

2387630400112

30 - Nome do Contratado

Data do Atendimento

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CRES

9365230

32 - Tipo de Procedimento

33 - Subtítulo de Atendimento (admissão ou descarga)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento ou Atendimento

Data de Exatidão / Prescrição e Exame Solicitado

36 - Dia(s)

37 - Hora(s)

38 - Hora Final

39 - Taxa(s)

40 - Código no Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tel

45 - % Rural / Acesso

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura

49 - Assinatura

50 - Cargo ou Função Profissional

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sono

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Observação / Justificativa

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Contratado

62 - Assinatura do Contratado

63 - Assinatura do Contratado

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Contratado

66 - Total Procedimento (R\$)

67 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

68 - Total Taxas de Matrícula (R\$)

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Total de Medicamentos (R\$)

72 - Total de Medicamentos (R\$)

73 - Total de Medicamentos (R\$)

74 - Total de Medicamentos (R\$)

75 - Total de Medicamentos (R\$)

76 - Total de Medicamentos (R\$)

77 - Total de Medicamentos (R\$)

78 - Total de Medicamentos (R\$)

Inscrição por VINC-SP/SA

Data de Emissão de Guia

06/12/2024

07/12/2024

08/12/2024

09/12/2024

10/12/2024

11/12/2024

12/12/2024

13/12/2024

14/12/2024

15/12/2024

16/12/2024

8767992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8767992 **Prontuário:** 599146 **SAME:** 599146 **Hora Atend:** 07:24 **Data Atend:**06/12/2024
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 CONSULTA
Data Saída..... : 06/12/2024 **Hora Saída** : 08:48

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

HDA

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

TRATAMENTO

orientações
retiro tala
retrno apos FST