

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Kissilla dos Santos Sinflorio

Nº da Carteirainha: 2.80.704

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 11/06/2007

Nº da Guia: 3400.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/05/2021	10:56:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava na atividade de educação física praticando a aula de basquete, a bola bateu no dedo indo para trás, não consegue mexer o dedo e houve um pequeno inchaço.

Testemunha da ocorrência

Dayana Peniche

Telefone

(41) 99148-8958

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Josiane

Data

27/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

Agendado pelo médico para acompanhar o resultado do tratamento.

DR. WILLIAMS DEORADJEL
ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
CRM 32167 / RQE 23189 / TEOT 16697

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000396129



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
20276101

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES
3341135

12 - Nome do Profissional Executante
WILLIAMS OFORI ADJEI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
32167

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

18 - Data do Atendimento
10/08/2021

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

*Trauma axial mão Esq
companheira*

24 - Assinatura do Profissional Executante

DR. WILLIAMS OFORI ADJEI
ORTOPEDIA PEDIATRICA
CRM 32157 / RQE 25189 / RTO 15697

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

00000396124

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 10/08/2021	5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------------	---



8 - Número da Carteira 20276101	9 - Validade da Carteira
------------------------------------	--------------------------

10 - Nome KISSILLA DOS SANTOS SINFLORIO
--

11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN [N]
-------------------------------	------------------------------

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante WILLIAMS OFORI ADJEI	16 - Conselho Profissional 06
---	----------------------------------

17 - Número no Conselho 32167	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM/PR 32167
----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 10/08/2021	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO
27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.	

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande
--------------------------------	--	---

31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 002
----------------------	--------------------------------	--	-----------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 10/08/2021	37 - Hora Inicial 11:46	38 - Hora Final 11:46	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	42 - Qtd. 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 35,64	47 - Valor Total (R\$) 35,64
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320				

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 35,64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 35,64					

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------