

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maycon de Sousa Aquino
Nº da Carteirinha: 11.4.1210
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 12/11/2002

Nº da Guia: 9444.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/01/2023	20:01:49	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluno em jogo de vôlei refere ter pulado e em seguida torcido o pé Esq na queda. Apresenta edema 3+/4+, dificuldade para movimentar o membro e algia no local. Realizado imobilização com tala e aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Samuel Aquino	(54) 98112-5438

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	13/12/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Carla Betânia Huf Ferraz Campos - Fisiocare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Autorizado 20 sessões de fisioterapia em tornozelo esquerdo, solicitado pelo Dr. Samuel Machado em 03/01/2023.

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

Folha: 1 / 1

7520325

Convênio CLINICA ADVENTISTA CLAC

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

2 - Nº Guia no Prestador

117

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Alandimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome MAYCON DE SOUSA AQUINO	16 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 1141210		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	17 - Número no Conselho 28684	23 - Indicação Clínica TORNOZELO ESQUERDO
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 23876304000112		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	21 - Carreter do Alandimento	22 - Data da Solicitação 03/01/2023
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484		26 - Descrição PATOLOGIA OSTEONICOTICULAR EM UM MEMBRO	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Alandimento	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
Dados do Alandimento 32 - Tipo Alandimento 4		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Alandimento	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Cidade 43 - Via 44 - Tec.	45 - % Ref / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Gr. 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 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 - Total Taxas de Materiais (R\$)
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\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	65 - Total Geral (R\$)

7520325

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Alandimento 7520325

Conta Log. 7520325

Data/Hora 03/01/2023 09:48:54

Impresso por: SMACHADO