

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.6.7898
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 8664.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/10/2022	15:55:35	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno descia as escadas para ir ao banheiro quando torceu o tornozelo direito nos degraus da escada foi a primeira torção, quando estava se encaminhando para a rua torceu novamente o tornozelo direito na saída para a rua tendo assim a segunda no mesmo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa Lima	24/10/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:



Jaques Henrique De Oliveira

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 22

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sontha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sontha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 367898	9 - Validade da Carteira 30/11/2022	10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE EMRICH ZANETTI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 20957	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento	22 - Data da Solicitação 24/10/2022	23 - Indicação Clínica S93.2 - LESÃO LIGAMENTAR / FRATURA TÓRUS FIBULA DISTAL ??	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
1 22 41101316	RM - ARTICULAR (FOR ARTICULACAO)		1 0
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.
	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.
	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
Identificação da(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPP	51 - Nome do Profissional
59 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos em Série	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
1 - 1	2 - 1	3 - 1	4 - 1
5 - 1	6 - 1	7 - 1	8 - 1
9 - 1	10 - 1	11 - 1	12 - 1
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			