

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

Aluno: Cecilia Carvalho de Moraes

Nº da Carteirinha: 13.3.2401

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 06/04/2013

Nº da Guia: 28880.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	16:00:06	Lago	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava correndo na aula de educação física quando torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alcione Castro Teixeira	(51) 99977-5729

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alcione Castro Teixeira	28/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giulliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	174 00	Corveta	(47) 9 9195-2910

Motivo do Retorno

consulta de fisioterapia

Ass.:


Grazielle Filgueiras

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.003

Aluno: Cecilia Carvalho de Moraes

Nº da Carteirinha: 13.3.2401

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 06/04/2013

Nº da Guia: 28880.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	16:01:03	Lago	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava correndo na aulade educação física qundo torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alcione Castro Teixeira	(51) 99977-5729

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alcione Castro Teixeira	28/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giulliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	174 00	Corveta	(47) 9 9195-2910

Motivo do Retorno

10 sessões de fisioterapia motora + alongamento

Ass.:



Grazielle Filgueiras

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 28/05/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira 1332401	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Cecilia Carvalho de Moraes	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	---------------------	---	---	---

Dados do Contratado Solicitante	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

16 - Nome do Profissional Solicitante Mario Sergio da Silva Miranda	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 15846	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S936	24 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO

25 - Tabela	26 - Código do procedimento 20103998	27 - Descrição Fisioterapia Motora + Alongamento	28 - Qt Solic. 10	29 - Qt Autoriz. 10
1				
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante								
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação	

Dados do Atendimento						
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída				
01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
---------------------	----------------------

Procedimentos e Exames Realizados										
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 -	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$

1										
2										
3										
4										
5										

63 - Data e assinatura de procedimentos em série									
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

64 - Observação	65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
-----------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante, Mario Sergio da S. Miranda Ortopedia e Traumatologia CRM 15846 - RCE 10.930	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
--	--	---	--