

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Eliã Fernandes Ribeiro
Nº da Carteirinha: 13.3.4853
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/02/2009

Nº da Guia: 25225.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	15:27:07	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

em uma dividida o pé esquerdo se prendeu ao chão e virou sendo o que servia de apoio, gerou fortes dores

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi	(44) 99907-4681

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi	16/03/2025

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 conforme solicitação

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 RETORNO

Aluno: Eliã Fernandes Ribeiro
Nº da Carteirinha: 13.3.4853
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/02/2009 Nº da Guia: 25225.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	15:26:14	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

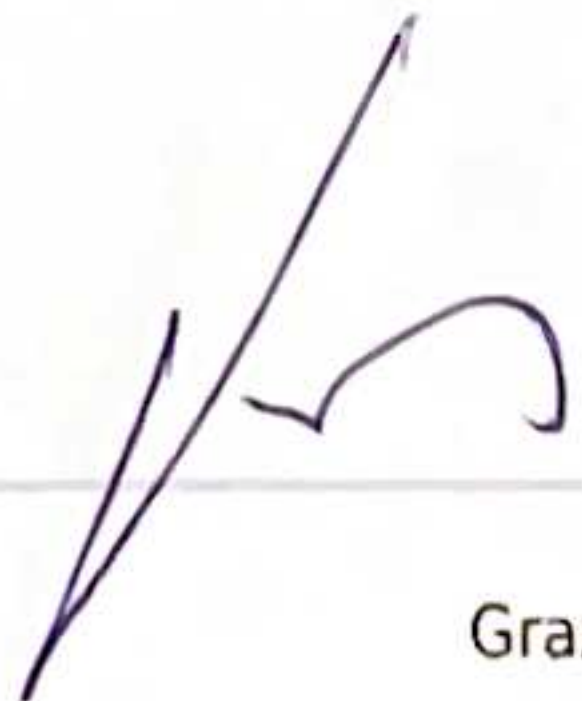
Descrição
em uma dividida o pé esquerdo se prendeu ao chão e virou sendo o que servia de apoio, gerou fortes dores

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi	(44) 99907-4681

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi	16/03/2025

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

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		8 - Nome da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
Dados do Beneficiário		8 - Nome da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Código CNES		22 - Assinatura do Profissional Solicitante	
23 - Data da Solicitação		24 - Indicação Clínica		25 - Descrição		26 - Descrição		27 - Qtd. Sess.	
28 - Hora Inicial		29 - Hora Final		30 - Código do Procedimento		31 - Descrição		32 - Valor Unitário (R\$)	
33 - Indicação de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de atendimento		37 - Saúde Ocupacional	
38 - Hora Inicial		39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Valor Total (R\$)	
43 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		44 - Código na Operadora/CPP		45 - Nome do Profissional		46 - Conselho Profissional		47 - Código CBO	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		49 - Código na Operadora/CPP		50 - Nome do Profissional		51 - Conselho Profissional		52 - Código CBO	
53 - Data de Realização de Procedimentos em Série		54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Materiais (R\$)		61 - Total de OPME (R\$)		62 - Total de Medicamentos (R\$)	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Responsável pela Autorização		75 - Assinatura do Responsável pela Autorização		76 - Assinatura do Responsável pela Autorização		77 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
78 - Assinatura do Responsável pela Autorização		79 - Assinatura do Responsável pela Autorização		80 - Assinatura do Responsável pela Autorização		81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		82 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
83 - Assinatura do Responsável pela Autorização		84 - Assinatura do Responsável pela Autorização		85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		86 - Assinatura do Responsável pela Autorização		87 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
88 - Assinatura do Responsável pela Autorização		89 - Assinatura do Responsável pela Autorização		90 - Assinatura do Responsável pela Autorização		91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		92 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
93 - Assinatura do Responsável pela Autorização		94 - Assinatura do Responsável pela Autorização		95 - Assinatura do Responsável pela Autorização		96 - Assinatura do Responsável pela Autorização		97 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
98 - Assinatura do Responsável pela Autorização		99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		100 - Assinatura do Responsável pela Autorização		101 - Assinatura do Responsável pela Autorização		102 - Assinatura do Responsável pela Autorização	