

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabel Vieira de Souza
Nº da Carteirinha: 13.3.4397
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 21/08/2007

Nº da Guia: 24944.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	15:31:12	Dormitório (Ex.: residencial)	Escada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna ao descer a escada, torceu o pé, foi colocado gelo no local, sem dor intensa, apenas moderada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prepa Keroline	(47) 9960-1184
Prepa Keroline	(47) 9960-1184

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prepa Keroline	09/03/2025

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

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

Particular

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

V.2.0A

Atend.: 9551267
Conta:

2 - N° 24944002

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 1334397	9 - Plano Basico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Isabel Vieira de Souza	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		15 - Código do CNES 2521385	16 - Nome do Profissional Solicitante Cassio Kenji Hiraga	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) ENTORSE DE TORNOZELO	25 - Tabela	26 - Código do procedimento 20103998
1	27 - Descrição	28 - Qt Solic.	29 - Qt Autoriz.		
2		10	10		
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
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 - Remissão	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapia	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar
Consulta Referência					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Data			
Procedimentos e Exames Realizados					
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.
1					58 - Via
2					59 -
3					60 - % Red. / Acresc.
4					61 - Valor Unitário - R\$
5					62 - Valor Total - R\$
63 - Data e assinatura de procedimentos em série					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -
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					
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante					