

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.003

Aluno: Isabella Cidrá

Nº da Carteirinha: 13.3.3427

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 06/05/2008

Nº da Guia: 24895.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/04/2025	11:23:45	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Impacto	Joelho Esquerdo

Descrição

Após corrida, aluna queixa-se de dor no joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia Gelain	(47) 3474-8400
Gisela Cardoso	(47) 3474-8400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alex de Oliveira	07/03/2025

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

Escola Adventista

Atend.: 9505848

Conta:

2 - N° 24895

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

1 - Registro ANS

000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira

1333427

9 - Plano

Básico

10 - Validade da Carteira

31/12/2025

11 - Nome

Isabella Cidra

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

28623

19 - UF

SC

20 - Código CBO

653

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação

E - Eletiva
U - Urgência / Emergência

23 - CID 10

M255

24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

TENDINITE PATELAR E ISQUIOTIBIAIS

25 - Tabela

26 - Código do procedimento

27 - Descrição

28 - Qt.Solic.

29 - Qt.Autoriz.

1

20103998

Fisioterapia Motora + Alongamento

10

10

2

3

4

5

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. 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

45a - Grau de Participação

46 - Tipo Atendimento

01 - Remissão 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar

47 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho

48 - Tipo de saída

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

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

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Página 1

Cassio Hiraga

CATE1567