

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: 24944.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	15:30:37	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

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: 24944.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	15:29:32	Dormitório (Ex.: residencial)	Escada

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

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

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 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - 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	18 - Número no Conselho 28623	19 - UF SC
Dados do Profissional Solicitante				
16 - Nome do Profissional Solicitante Cassio Kenji Hiraga		17 - Conselho Profissional CRM	20 - Código CBO 653	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter 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	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
1		Fisioterapia Analgésica	10	10
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
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF
			45a - Grau de Participação	
Dados do Atendimento				
46 - Tipo Atendimento 01 - Remessa 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		
Consulta Referência				
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
1				
2				
3				
4				
5				
63 - Data e assinatura de procedimentos em série				
1		3		5
2		4		6
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				