

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004

Aluno: Julha Nascimento Valadão
Nº da Carteirinha: 13.3.5160
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 25/02/2010

Nº da Guia: 28445.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	16:01:57	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando handebol, e a bola bateu no dedo. Não vejo edema ou hematoma, depois de uma semana ainda se senti dor no local. Encaminho ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Oliveira	16/05/2025

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.005



Aluno: Julha Nascimento Valadão

Nº da Carteirinha: 13.3.5160

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 25/02/2010

Nº da Guia: 28445.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	16:02:39	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando handebol, e a bola bateu no dedo. Não vejo edema ou hematoma, depois de uma semana ainda se senti dor no local. Encaminho ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Oliveira	16/05/2025

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 Analgésica

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

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

Atend.: 9670562

Conta:

2 - N° 28445002

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha 28/05/2025	7 - Data de Emissão da Guia 28/05/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	--	---

Dados do Beneficiário		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 1335160	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Julia Nascimento Valadao

Dados do Contratado Solicitante		15 - Código do CNES	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	16 - Código do CNES	17 - Número no Conselho 2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante Reynaldo Lemos de Souza Neto		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 25873	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência S602	23 - CID 10 S602	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) contusão da mão direita

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Q. Solic. 10	29 - Q. Autoriz. 10
-------------	-----------------------------	----------------	----------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

Dados do atendimento		47 - Indicação de Acidente	
46 - Tipo Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena cirurgia 03 - Tensão 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

Consulta Referência		50 - Tempo de Doença	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final

Procedimentos e Exames Realizados		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	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

63 - Data e assinatura de procedimentos em série		64 - Observação	
63 - Data e assinatura de procedimentos em série	64 - Observação	65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Materiais R\$

65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Materiais R\$		67 - Total Medicamentos R\$		68 - Total Diárias R\$		69 - Total Gases Medicinais R\$		70 - Total Geral da Guia R\$	
65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Materiais R\$	67 - Total Medicamentos R\$	68 - Total Diárias R\$	69 - Total Gases Medicinais R\$	70 - Total Geral da Guia R\$	71 - Data e Assinatura do Prestador Executante	72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				

86 - Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
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