

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004

Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteirinha: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 27232.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/04/2025	11:48:52	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno caiu sobre o pé do colega e acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leticia	(47) 3447-7442

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.003

Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteirinha: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 27232.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/04/2025	11:46:44	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno caiu sobre o pé do colega e acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leticia	(47) 3447-7442

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

2 - Nº 9623718

V 2.0A
Atend.: 9623718
Conta:

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
8 - Número da Carteira aplicativo		9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira		11 - Nome Levy Leitzke		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		24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) LESAO LIGAMENTAR TORNOZELO ESQUERDO	
25 - Tabela 1		26 - Código do procedimento		27 - Descrição Fisioterapia Analgésica		28 - Qt. Solic. 10		29 - Qt. Autoriz. 10			
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - TI		33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento		35 - Município		37 - UF	
38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES		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		47 - Indicação de Acidente		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 - Orde.		58 - Via		59 -		60 - % Red. / Acresc.		61 - Valor Unitário - R\$	
62 - Valor Total - R\$		63 - Data e assinatura de procedimentos em série		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\$		72 - Data e Assinatura do Solicitante		73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Data e Assinatura do Prestador Executante		76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Data e Assinatura do Prestador Executante		78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Data e Assinatura do Prestador Executante	

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 - TCE/SC 16767