

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.008

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: 27232.008



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	11:56:54	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 motora + Alongamento

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

Atend.: 9623718
Conta:

2 - Nº 9623718

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira aplicativo	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	15 - Código do CNES		
Dados do Contratado Solicitante						
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	CRM		28623	SC	653
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)			
	E - Eletiva U - Urgência / Emergência		LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO ESQUERDO			
25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.		
1	20103998	<i>f. matricado no plano + acompanhamento</i>	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	37 - UF	38 - Cod. IBGE
						39 - CEP
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
Dados do atendimento						
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída				
01 - Remissão	02 - Pequena cirurgia	03 - Traqueia	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho
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	57 - Qtd.	58 - Via
					59 -	60 - % Red. / Acresc.
1						61 - Valor Unitário - R\$
2						62 - Valor Total - R\$
3						
4						
5						
63 - Data e assinatura de procedimentos em série						
1		3		5	7	9
2		4		6	8	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\$						
87 - Data e Assinatura do Solicitante						
88 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização						
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante						