

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.009

Aluno: Maria Paula Ferreira Rocha

Nº da Carteirinha: 13.3.3781

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 28/12/2008

Nº da Guia: 28123.009



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	15:57:25	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna no jogo de basquete, a bola bateu no 4 hálux da mão E. Local apresentando hematoma e falange medial e distal e edema em falange distal. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação de definição de conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Abreu de Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Abreu	08/05/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giulliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	17400	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.008

Aluno: Maria Paula Ferreira Rocha

Nº da Carteirinha: 13.3.3781

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 28/12/2008

Nº da Guia: 28123.008



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/06/2025	15:56:59	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna no jogo de basquete, a bola bateu no 4º dedo da mão E. Local apresentando hematoma e falange medial e distal e edema em falange distal. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação de definição de conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Abreu de Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Abreu	08/05/2025

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 04/06/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira 1333781	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Maria Paula Ferreira Rocha	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
---------------------------------	--	---	---	--------------------------------

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		21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S626	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 04 semanas (to conservador fratura do 4º qd 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	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. 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	46a - Grau de Participação
---	---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

Dados do atendimento		46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída
----------------------	--	-----------------------	----------------------------	--------------------

01 - Remoção	02 - Pequena emergência	03 - Terceira	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 - Qtde.	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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

66 - Data e Assinatura do Solicitante Reynaldo Lemos de Souza Neto CRMSC 15673		67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
--	--	--	--	---	--	--	--