

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004



Aluno: Pedro Henrique Barros Maciel Ataídes
Nº da Carteira: 13.3.5012
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 23/12/2008

Nº da Guia: 25819.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/04/2025	11:25:42	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição

Entorse de punho direito ao cair e apoiar a mão há 2 dias ao jogar futebol. Aluno avaliado pelo dor Andrey

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marlon	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marlon	28/03/2025

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 ATENDIMENTO.003



Aluno: Pedro Henrique Barros Maciel Ataídes
Nº da Carteirinha: 13.3.5012
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 23/12/2008

Nº da Guia: 25819.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/04/2025	11:24:32	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição
Entorse de punho direito ao cair e apoiar a mão há 2 dias ao jogar futebol. Aluno avaliado pelo dor Andrey

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marlon	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marlon	28/03/2025

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

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

1 - Registro ANS: 000000
 3 - N° Guia Principal: _____
 4 - Data da Autorização: _____
 5 - Senha: _____
 6 - Data Validade da Senha: _____
 7 - Data de Emissão da Guia: _____

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira: 1335012
 9 - Plano: Básico
 10 - Validade da Carteira: 31/12/2025
 11 - Nome: Pedro Henrique Barros Maciel Ataídes
 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 - Caráter da Solicitação: E - Eletiva U - Urgência / Emergência
 23 - CID 10: M255
 24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo): contusão do punho direito
 25 - Tabela: _____
 26 - Código do procedimento: _____
 27 - Descrição: Fisioterapia Analgésica
 28 - Qt. Solic.: 10
 29 - Qt. Autoriz.: 10

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 - Cód. 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: 01 - Remoção 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: _____
 57 - Qtde.: _____
 58 - Via: _____
 59 - _____
 60 - % Red. / Acresc.: _____
 61 - Valor Unitário - R\$: _____
 62 - Valor Total - R\$: _____

63 - Data e assinatura de procedimentos em série	64 - Observação
1 - / /	
2 - / /	
3 - / /	
4 - / /	
5 - / /	
6 - / /	
7 - / /	
8 - / /	
9 - / /	
10 - / /	

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\$: _____

85 - Data e Assinatura do Solicitante: _____
 86 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização: _____
 87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____
 88 - Data e Assinatura do Prestador Executante: _____

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
 Médico
 CRM/SC 25873