

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002



Aluno: Raabe Honório Ribeiro
Nº da Carteirinha: 13.3.4718
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 01/09/2008 Nº da Guia: 29053.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/06/2025	08:23:28	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluna estava na atividade de educação física e ao pular sentiu dores fortes no joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia	(51) 99977-5729
Mireia	(51) 99977-5729

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Mireia	03/06/2025

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.003



Aluno: Raabe Honório Ribeiro

Nº da Carteira: 13.3.4718

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 01/09/2008

Nº da Guia: 29053.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/06/2025	08:24:36	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluna estava na atividade de educação física e ao pular sentiu dores fortes no joelho direito.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professora Mireia

(51) 99977-5729

Mireia

(51) 99977-5729

Quem prestou primeiros socorros

Data

Professora Mireia

03/06/2025

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 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

Escola Adventista GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - N° 29470

Atend.: 9695655
Conta:

V.2.0A

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 12/06/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Numero da Carteira 1334718	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Raabe Honório Ribeiro	12 - Numero 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 Vitor Gustavo de Paiva Corotti	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Numero no Conselho 24492	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 M222	24 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) M222
---	-------------------------------	--	---------------------	---

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - CID Solic. 10
-------------	-----------------------------	----------------	-----------------------

1	20103998	Fisioterapia Motora + Alongamento	
2			
3			
4			
5			

Dados do Contratado Executante	30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Numero - Complemento	36 - Municipio	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 - Numero 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 - Remessa	02 - Primeira consulta	03 - Terceira	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	0 - Atendimento em domicílio relacionado ao trabalho
--------------	------------------------	---------------	---------------	------------	-----------------------------	--

Consultas Referência	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 - Cidade	58 - Via	59 - % Red. / Acresc.	60 - Valor Unitário - R\$	61 - Valor Total - R\$
----------------------	---------------------	----------------------	-----------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	-------------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

1												
2												
3												
4												
5												

63 - Data e assinatura de procedimentos em série	3	5	7	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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

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
---------------------------------------	--	---	--