

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.006

Aluno: Stephanye Selzelin Braga

Nº da Carteirinha: 13.3.5057

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/12/2008

Nº da Guia: 24054.006



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	11:52:06	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna, estava cumprimentando a colega e ao tocaram na mão, alega que o "dedo sai do lugar". Alega bastante dor. Ao exame físico apresentando um desvio do 1º quírodoctilo D. Aluna informou que a 8 meses ela teve uma fratura no mesmo local. Fez tratamento conservador por 4 meses com tala gessada. Encaminho para avaliação ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	06/02/2025

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.007

Aluno: Stephanye Selzelin Braga

Nº da Carteirinha: 13.3.5057

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/12/2008

Nº da Guia: 24054.007



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	11:52:54	Ginásio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna, estava cumprimentando a colega e ao tocaram na mão, alega que o "dedo sai do lugar". Alega bastante dor. Ao exame físico apresentando um desvio do 1º quírodoáctilo D. Aluna informou que a 8 meses ela teve uma fratura no mesmo local. Fez tratamento conservador por 4 meses com tala gessada. Encaminho para avaliação ao serviço de emergência.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	06/02/2025

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

Escola Adventista

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

2 - N° 24054004

Atend.: 9611796
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 29/04/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Numero da Carteira 1335057	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Stephanne Seizelin Braga	12 - Numero do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	---------------------	---	---------------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES 2521385
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167			

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		22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S602	24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo contusão na mão direita.
21 - Data/Hora da Solicitação				

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição Fisioterapia Analgésica	28 - Qt.Solic. 10	29 - Qt.Autoriz. 10
-------------	-----------------------------	---	----------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dados do Contratado Executante		31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Numero - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF									

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		47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída
46 - Tipo Atendimento			

Consulta Referência		50 - Tempo de Doença
49 - Tipo de Doença		

Procedimentos e Exames Realizados		51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qrde.	58 - Via	59 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
-----------------------------------	--	-----------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

63 - Data e assinatura de procedimentos em série	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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

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

Reynaldo Lemos de Souza Neto
Médico
CRM/SC 26073