

RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS DE FISIOTERAPIA

Data: 27/09/2024

Guia: 20696.002

Aluno: Maria Luiza de Oliveira Matias

Procedimentos: 1 consulta (cód. 50000144)

Valor da consulta: R\$ 40,00

Valor total: R\$ 40,00

Data: 27/09/2024

Guia: 20696.003

Aluno: Maria Luiza de Oliveira Matias

Procedimentos: 10 sessões (cód. 50000160)

Valor da sessão: R\$ 38,00

Valor total: R\$ 380,00

Data: 27/09/2024

Guia: 20494.002

Aluno: Gabriela da Costa Tiburski

Procedimentos: 1 consulta (cód. 50000144)

Valor da consulta: R\$ 40,00

Valor total: R\$ 40,00

Data: 27/09/2024

Guia: 20494.003

Aluno: Gabriela da Costa Tiburski

Procedimentos: 10 sessões (cód. 50000160)

Valor da sessão: R\$ 38,00

Valor total: R\$ 380,00

Valor da Nota fiscal: R\$ 840,00



Giulliana Tihany Santos Cordeiro

CREFITO 10/322832-F

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela da Costa Tiburski
Nº da Carteira: 13.3.4558
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 27/07/2008 **Nº da Guia:** 20494.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/09/2024	11:20:38	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Calcanhar Direito

Descrição

Aluna no jogo de futebol, caiu e torceu o tornozelo, ontem, no momento da lesão local com Edema importante, feito gelo e imobilização. Hoje diminui o edema, mas ainda permanece a dor. A Mês a aluna já sofreu a mesma lesão, mas não foi evidenciado fratura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	30/08/2024

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.: _____

Graziele 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 RETORNO

Aluno: Maria Luiza de Oliveira Matias
Nº da Carteira: 13.3.1772
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 28/07/2007

Nº da Guia: 20696.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	10:34:08	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Aluna na aula de educação física, na academia, ao realizar o exercício nos aparelho, começou a sentir o joelho. Local sem edema ou hematoma, mas com dor intensa, feito gelo e imobilização. e a pedido da mãe pediu para leva-la para escola.

Testemunha da ocorrência

Mireia

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Graziele Filgueiras

Data

05/09/2024

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 RETORNO

Aluno: Gabriela da Costa Tiburski
Nº da Carteira: 13.3.4558
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 27/07/2008

Nº da Guia: 20494.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/09/2024	11:22:22	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Calcanhar Direito

Descrição

Aluna no jogo de futebol, caiu e torceu o tornozelo, ontem, no momento da lesão local com Edema importante, feito gelo e imobilização. Hoje diminui o edema, mas ainda permanece a dor. A Mãe a aluna já sofreu a mesma lesão, mas não foi evidenciado fratura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

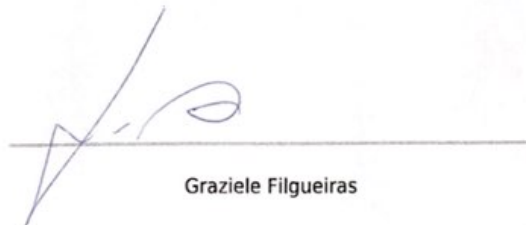
Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	30/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giuliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	174 00	Corveta	(47) 9 9195-2910

Motivo do Retorno

10 sessões de fisioterapia Analgésica a pedido médico

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 RETORNO

Aluno: Maria Luiza de Oliveira Matias
Nº da Carteira: 13.3.1772
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 28/07/2007

Nº da Guia: 20696.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	10:35:39	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna na aula de educação física, na academia, ao realizar o exercício nos aparelho, começou a sentir o joelho. Local sem edema ou hematoma, mas com dor intensa, feito gelo e imobilização. e a pedido da mãe pediu para leva-la para escola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	05/09/2024

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 a pedido do médico

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/ISADT

2 - N° 20494001

1 - Registro ANS 0000000		3 - N° Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
8 - Número da Carteira 1334558		9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2024		11 - Nome Gabriela da Costa Tiburski		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 34694405000167		14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGÉLICA DE JOINVILLE		15 - Código do CHES 2521385		16 - Nome do Profissional Solicitante Cassio Kenji Hiraga		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 28623	
19 - UF SC		20 - Código CBO 653		21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação E - Emerg. U - Original / Emergência		23 - CID 10 S936		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) ENTORSE DE TORNOZELO	
25 - Tabela		26 - Código do procedimento		27 - Descrição		28 - Qtd Solic.		29 - Qtd Autoriz.			
1				Fisioterapia Analgésica		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		35 - Município	
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar								36 - Cod IBGE		37 - CEP	
40b - Código na operadora / CPF do exec. complementar								38 - Cod CBO 3		39 - CIP	
40c - Código na operadora / CPF do exec. complementar								40 - Número no Conselho		41 - Grau de Participação	
Dados do atendente		43 - Tipo Atendimento		44 - Tipo de Doença		45 - Indicação de Acidente		46 - Automa. de Emerg. Responsável ao Trabalho		47 - Data	
01 - Remoção		02 - Pequena cirurgia		03 - Terapias		04 - Consulta		05 - Exame		06 - Atendimento Domiciliar	
48 - Tipo de Doença											
Consultas Referência		49 - Tipo de Doença		50 - tempo de Doença		51 - Data		52 - Hora inicial a 53 - Hora final		54 - Tabela	
55 - Data		56 - Hora inicial a 57 - Hora final		58 - Código do Procedimento		59 - Descrição		60 - % Red. / Acresc.		61 - Valor Unitário - R\$	
1								62 - Valor Total - R\$			
2											
3											
4											
5											
63 - Data e assinatura de procedimentos em série		3		5		7		9		10	
4		6		8		10					
5											
64 - Observação											
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Medicamentos R\$		68 - Total Diárias R\$		69 - Total Gases Medicinais R\$		70 - Total Geral da Guia R\$	
71 - Data e Assinatura do Solicitante		72 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Data e Assinatura do Prestador Executante		75 - Data e Assinatura do Prestador Executante		76 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
77 - Data e Assinatura do Solicitante		78 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Data e Assinatura do Prestador Executante		81 - Data e Assinatura do Prestador Executante		82 - Data e Assinatura do Prestador Executante	

2 - N° 20696001

1 - Registro ANS 0000000	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
-----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

8 - Número da Carteira 1331772	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2222	11 - Nome Maria Luza de Oliveira Matias	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	---------------------	---	--	---

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84894405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES 2521385
---	---	--------------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Lopes da Fonseca	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 21180	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

21 - Data/hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação B - Básico U - Unifamiliar / Empílica	23 - CID-10 M255	24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) Condropatia patelar à esquerda
-------------------------------	--	---------------------	---

25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento 20103998	27 - Descrição Fisioterapia Motora + Alongamento	28 - Cr.Solic. 10	29 - Cr.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
---	---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

46 - Tipo Atendimento 01 - Remédio 02 - Pesquisa Labora 03 - Terapia 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar	47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente no Domicílio Responsável do Paciente	48 - Tipo de saída L - Alta
---	---	--------------------------------

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 - Onde	58 - Via	59 - % Red. / Acrec.	60 - VALOR Unitário - R\$	61 - VALOR TOTAL - R\$	62 - VALOR TOTAL - R\$
-----------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------------------	---------------------------	------------------------	------------------------

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 Anúncios R\$	67 - Total Honorários R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
------------------------------	---------------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

68 - Data e Assinatura do Solicitante	69 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
CRMSC 21180 ROE 19A71

RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Informo que Gabriela da Costa Tiburski, foi admitido(a) para atendimento fisioterapêutico em 13/09/2024, apresentando a seguinte queixa: Dor no tornozelo direito.

De acordo com o quadro, o exame físico apresentou: Queixa álgica no tornozelo direito, grau 7 na EVA (escala da dor), principalmente na palpação no ligamento calcaneofibular; Dor ao movimento passivo e ativo.

Apresenta como diagnóstico funcional: Algia grau 7, diminuição da inversão do tornozelo direito.

Os objetivos propostos foram: Reduzir a dor, recuperar a função e prevenir futuras lesões.

Tratamento proposto: Eletroanalgesia, Crioterapia, Terapia Manual, Fortalecimento muscular. Exercícios de propriocepção e equilíbrio.

Evolução boa no decorrer das primeiras sessões, paciente relata dor grau 2. Faz-se necessário mais sessões para diminuir a dor, melhorar a função articular e muscular.

Sem mais para o momento.

Local: Araquari

Data: 27/09/2024



Giulliana Tihany Santos Cordeiro

CREFITO 10/322832-F

RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

Informo que Maria Luiza de Oliveira Matias, foi admitido(a) para atendimento fisioterapêutico em 11/09/2024, apresentando a seguinte queixa: Dor na patela do joelho esquerdo.

De acordo com o quadro, o exame físico apresentou: Queixa algica no joelho esquerdo grau 7 na EVA (escala da dor), principalmente na palpação da patela; Dor ao movimento passivo e ativo.

Apresenta como diagnóstico funcional: Algia grau 8, dificuldade para subir e descer escadas, dor na flexão do joelho.

Os objetivos propostos foram: Controlar a dor, Melhorar a estabilidade do joelho, Fortalecer os músculos ao redor do joelho, melhorar a propriocepção, correção da biomecânica.

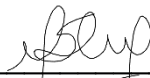
Tratamento proposto: Eletroanalgesia, Crioterapia, Terapia manual, Exercícios e mobilidade, Fortalecimento muscular, Exercícios de propriocepção.

Evoluiu bem no decorrer das sessões, paciente relata dor grau 3. Faz-se necessário mais sessões para diminuir a dor, melhorar a função articular e muscular.

Sem mais para o momento.

Local: Araquari

Data: 25/09/2024



Giulliana Tihany Santos Cordeiro

CREFITO 10/322832-F