

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Annalie Matos Pimentel

Nº da Carteira: 13.3.3890

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/01/2010

Nº da Guia: 15823.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	14:21:33	Mato / floresta	Trilha do Clube de Desbravadores

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna já havia machucado a mão semana passada e hoje, enroscou o 4º e 5º dedo da mão direita em um cipó durante uma trilha no mato.

Testemunha da ocorrência

Preceptor Geazi Oliveira

Professora Amanda Lopes

Telefone

(47) 3447-7400

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Preceptora Grazielly Oliveira

Data

10/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Autorizo a aluna a fazer avaliação, para realizar 10 sessões de fisioterapia.

Ass.:

Erenice Pereira De Araujo

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

02/05/24 ~~Am~~ - consulta + Físio + Analg.

06/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

08/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

13/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

20/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

22/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

27/05/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

03/06/24 ~~Am~~ - Físio + analgesia

05/06/24 Am fm de ~~Am~~ - Físio + analgesia

10/06/24 Am fm de ~~Am~~ - Físio + analgesia

FISIOFORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

Escola Adventista

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

2 - Nº 15823003

Atend.: 8884826
Conta:

V.2.0A

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													
8 - Número da Carteira 1333890				9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2024		11 - Nome Annalie Matos Pimentel				12 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167				14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE				15 - Código do CNES 2521385		19 - UF SC		20 - Código CBO 653											
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													
21 - Data/Hora da Solicitação				22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência		23 - CID 10 Z094		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 06 semanas tratamento conservador fratura 4º metacarpo mão direita.				28 - Qt. Solic. 10		29 - Qt. Autoriz. 10									
25 - Tabela 1 31602185		26 - Código do procedimento		27 - Descrição Fisioterapia Analgésica		28 - Qt. Solic. 10		29 - Qt. Autoriz. 10															
2 50000144				Fisioterapia para ganho de ADM																			
3 50000360																							
4																							
5																							
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 - Remissão 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															
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 - Qtde.		58 - Via		59 -		60 - % Red. / Acresc.		61 - Valor Unitário - 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 Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diários 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 Neto

CATE1567