

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alicia Smek Conessa Rodrigues

Nº da Carteira: 2.33.6743

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 27/12/2008

Nº da Guia: 8053.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/10/2022	07:46:26	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava em aula de educação física quando estava correndo e sentiu um estralo e o joelho fora do lugar.

Testemunha da ocorrência

Professora Larissa

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

23/09/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVEMBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

Motivo do Retorno

A pedido médico a aluna foi encaminhada para realizar avaliações com a clínica autorizada.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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

1 - Registro AHS

13 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Saúde

6 - Data Validada da Saúde

7 - Data de Emissão do Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade no Carreira

11 - Nome

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratante Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNEC

16 - UF

17 - Código CBO S

18 - Número no Conselho

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Descrição da Solicitação

22 - Caracter da Solicitação

23 - CID-10

24 - Indicação Clínica (obrigatório ao pediatra, cirurgião, terapeuta, consultor de enfermagem e outro curso)

25 - UF

26 - Código CBO S

27 - Descrição

25 - Trabalho

26 - Código do Procedimento

27 - Descrição

28 - CID-10

29 - Código CBO S

30 - UF

31 - Código CBO S

32 - Descrição

31 - Código do Procedimento

32 - Descrição

33 - CID-10

34 - Código CBO S

35 - UF

36 - Código CBO S

37 - Descrição

36 - Código do Procedimento

37 - Descrição

38 - CID-10

39 - Código CBO S

40 - UF

41 - Código CBO S

42 - Descrição

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CID-10

43 - Código CBO S

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Descrição

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - UF

33 - Município

34 - UF

35 - Código CBO S

36 - UF

37 - Código CBO S

38 - Grau de Participação

43a - Código em Dependência / CPF do asec. complementar

44 - Nome do Profissional Executante/Complementar

45 - Conselho Profissional

46 - Número no Conselho

47 - UF

48 - Código CBO S

49 - Grau de Participação

Dados do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento

47 - Indicação de Acidente

48 - Tipo de Saida

49 - Tipo de Saida

Consultas Referência

50 - Tempo de Doença

51 - Tipo de Doença

52 - Análise C-Clínica

53 - Análise M-Clínica

54 - Análise M-Clínica

55 - Análise M-Clínica

56 - Análise M-Clínica

57 - Análise M-Clínica

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Descrição do Procedimento

55 - Descrição

56 - Data

57 - Hora Inicial

58 - Hora Final

59 - Descrição do Procedimento

60 - Data

61 - Hora Inicial

62 - Hora Final

63 - Descrição do Procedimento

64 - Descrição

65 - Data

66 - Hora Inicial

67 - Hora Final

68 - Descrição do Procedimento

68 - Data

69 - Hora Inicial

70 - Hora Final

71 - Descrição do Procedimento

72 - Descrição

73 - Data

74 - Hora Inicial

75 - Hora Final

76 - Descrição do Procedimento

76 - Data

77 - Hora Inicial

78 - Hora Final

79 - Descrição do Procedimento

80 - Descrição

81 - Data

82 - Hora Inicial

83 - Hora Final

84 - Descrição do Procedimento

84 - Observação

85 - Total Procedimentos R\$

86 - Total Taxas e Multas R\$

87 - Total Retenções R\$

88 - Total Indenizações R\$

89 - Total Dúvidas R\$

90 - Total Gases Médicinas R\$

91 - Total Geral da Guia R\$

92 - Data e Assinatura do Solicitante

93 - Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento

94 - Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Prestador Executante

98 - Data e Assinatura do Prestador Executante

99 - Data e Assinatura do Prestador Executante

100 - Data e Assinatura do Prestador Executante

101 - Data e Assinatura do Prestador Executante

102 - Data e Assinatura do Prestador Executante

103 - Data e Assinatura do Prestador Executante

104 - Data e Assinatura do Prestador Executante

105 - Data e Assinatura do Prestador Executante

106 - Data e Assinatura do Prestador Executante

107 - Data e Assinatura do Prestador Executante

108 - Data e Assinatura do Prestador Executante

109 - Data e Assinatura do Prestador Executante

110 - Data e Assinatura do Prestador Executante

111 - Data e Assinatura do Prestador Executante

112 - Data e Assinatura do Prestador Executante

113 - Data e Assinatura do Prestador Executante

114 - Data e Assinatura do Prestador Executante

115 - Data e Assinatura do Prestador Executante

116 - Data e Assinatura do Prestador Executante

BR- Heloísa Fagion
Ortopedia e Traumatologia
CRM-R-3847 / RQE-28261