

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Amanda Pinheiro Shtorache
Nº da Carteira: 2.78.411
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 19/02/2008

Nº da Guia: 21077.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/10/2024	11:58:54	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando handebol até que ela foi pular e momento que ela pulou, uma colega pisou no pé dela. A aluna sentiu um desconforto na hora.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	18/09/2024

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

Realizar exame de ressonância, conforme solicitação médica.

Ass.:


Aline Gonçalves
Vice-diretora
Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Impresso por: Aline Almeida Bittencourt
Matte Gonçalves

1 de 1

18/10/2024

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

2-N^a

123456789012

121

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gustavo Lago Azambuja

Nº da Carteira: 3.26.9571

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 21/02/2009

Nº da Guia: 21817.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	08:56:36	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluno estava jogando basquete na aula de educação física e torceu o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor José	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Fernanda	07/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Motivo do Retorno
Retorno para exame médico, ressonância, 09/10/2024, às 14h05.

76.726.884/0016-04

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

ASS.:
RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

Keisy Christine Do Amaral
Keisy Christine Do Amaral

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

Impresso por: Keisy Christine Do Amaral

1 de 1

8/10/2024

INSTITUCAO ADVENTISTA -

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

2. Nº da Guia do Prestador

FICHA 345908

1 - Registro ANS 000001		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3289571		9 - Validade da Carteira _/_/___	
10 - Nome GUSTAVO LAGO AZAMBUJA		11 - Nome Social	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 7757868000160		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANA HELENA PIOVEZAN PIERIN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 40412		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22	
25 - Código do Procedimento 0041101316		26 - Descrição RNM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) TÓRAX E OMBRO	
27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
Dados do Atendimento			
33 - Tipo de Atendimento		34 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	
35 - Tipo de Consulta		36 - Motivo do Encerramento do Atendimento	
37 - Regime de Atendimento		38 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Data	40 - Hora Inicial	41 - Hora Final	42 - Tabela
1	2	3	4
2	2	3	4
3	2	3	4
4	2	3	4
5	2	3	4
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
43 - Seq. Ref.	44 - Grau Part.	45 - Código na Operadora/CPF	46 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1	2	3	4
2	2	3	4
3	2	3	4
4	2	3	4
5	2	3	4
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de O-PMs (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			