

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Dyeniffer Alves de Aguiar
Nº da Carteira: 13.3.3183
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina
Data de Nascimento: 06/12/2005
Nº da Guia: 5003.002

Data do Retorno	22/02/2022
Horário	20:51:00
Local	Pista de skate
Atividade	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braco Direito, Cotovelo Direito

Descrição
 Aluna estava no horário de esporte andando de skate, quando caiu e bateu o braço + cotovelo direitos. Apresenta edema no local e leve escoriação. Tomou Torsilax e aplicou gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gisela Cardoso	(51) 99921-4148

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisela Cardoso	22/02/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda	Rua Pedro Mayerle	160	Anita Garibaldi	(47) 3433-6454

Motivo do Retorno
 Após o retorno para avaliação médica, a aluna foi encaminhada para 10 sessões de fisioterapia Analgésica e 10 sessões de fisioterapia motora.

Ass.:
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 Dpto. Pessoal
 CPF: 054.904.029-38
 João Teodoro de Azevedo Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)
 Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

fisioterapia funcional + metora

1) 18/03/2022 Dyeniffer + consulta

2) 22/03/2022 Dyeniffer

3) 24/03/2022 Dyeniffer

4) 28/03/2022 Dyeniffer

5) 31/03/2022 Dyeniffer

6) 04/04/2022 Dyeniffer

7) 07/04/2022 Dyeniffer

8) 11/04/2022 Dyeniffer

9) 05/05/2022 Dyeniffer

10) 09/05/2022 Dyeniffer

FISIO FORM

CNPJ: 85.283.992/0001-64

Atend.: 7556769 Conta: 2 - Nº 5003001

Atend.: 7556769
Conta: 2 - Nº 5003001

2 - Nº 5003001

Escola Adventista

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

1 - Registro ANS

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

15 - Código do CNES

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

8 - Número da Carteira

9 - Plano

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

15 - Código do CNES

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 - Nome do Contratado

15 - Nome

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caracter da Solicitação

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório)

25 - Descrição

26 - Nome do Contratado

27 - Código de procedimento

28 - Qt. Solic.

29 - Or. Autoriz.

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - UF

37 - Cod. IBGE

38 - CEP

39 - Grau de Participação

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

46 - Grau de Participação

47 - Indicação de Acidente

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 - Valor Unitário - R\$

58 - % Red. / Acresc.

59 - Via

60 - Qlde.

61 - Valor Total - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Medicamentos R\$

68 - Total Gases Medicinais R\$

69 - Total Geral da Guia R\$

70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Data e Assinatura do Prestador Executante

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Total Procedimentos R\$

74 - Total Taxas e Aluguéis R\$

75 - Total Medicamentos R\$

76 - Total Gases Medicinais R\$

77 - Total Geral da Guia R\$

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Prestador Executante

80 - Data e Assinatura do Solicitante

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Prestador Executante

83 - Data e Assinatura do Solicitante

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Prestador Executante

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Prestador Executante

89 - Data e Assinatura do Solicitante

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Prestador Executante

92 - Data e Assinatura do Solicitante

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Prestador Executante

95 - Data e Assinatura do Solicitante

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Prestador Executante

98 - Data e Assinatura do Solicitante

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Prestador Executante

101 - Data e Assinatura do Solicitante

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Prestador Executante

104 - Data e Assinatura do Solicitante

105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Data e Assinatura do Prestador Executante

107 - Data e Assinatura do Solicitante

108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data e Assinatura do Prestador Executante

110 - Data e Assinatura do Solicitante

111 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Data e Assinatura do Prestador Executante

113 - Data e Assinatura do Solicitante

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Prestador Executante

116 - Data e Assinatura do Solicitante

117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Data e Assinatura do Prestador Executante

119 - Data e Assinatura do Solicitante

120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data e Assinatura do Prestador Executante

122 - Data e Assinatura do Solicitante

123 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Data e Assinatura do Prestador Executante

125 - Data e Assinatura do Solicitante

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Prestador Executante

128 - Data e Assinatura do Solicitante

129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Data e Assinatura do Prestador Executante

131 - Data e Assinatura do Solicitante

132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data e Assinatura do Prestador Executante

134 - Data e Assinatura do Solicitante

135 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Data e Assinatura do Prestador Executante

137 - Data e Assinatura do Solicitante

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Prestador Executante

140 - Data e Assinatura do Solicitante

141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Data e Assinatura do Prestador Executante

143 - Data e Assinatura do Solicitante

144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data e Assinatura do Prestador Executante

146 - Data e Assinatura do Solicitante

147 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Data e Assinatura do Prestador Executante

149 - Data e Assinatura do Solicitante

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Prestador Executante

152 - Data e Assinatura do Solicitante

153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Data e Assinatura do Prestador Executante

155 - Data e Assinatura do Solicitante

156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data e Assinatura do Prestador Executante

158 - Data e Assinatura do Solicitante

159 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Data e Assinatura do Prestador Executante

161 - Data e Assinatura do Solicitante

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Prestador Executante

164 - Data e Assinatura do Solicitante

165 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Data e Assinatura do Prestador Executante

167 - Data e Assinatura do Solicitante

168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data e Assinatura do Prestador Executante

170 - Data e Assinatura do Solicitante

171 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Data e Assinatura do Prestador Executante

173 - Data e Assinatura do Solicitante

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Prestador Executante

176 - Data e Assinatura do Solicitante

177 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Data e Assinatura do Prestador Executante

179 - Data e Assinatura do Solicitante

180 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Data e Assinatura do Prestador Executante

182 - Data e Assinatura do Solicitante

183 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Data e Assinatura do Prestador Executante

185 - Data e Assinatura do Solicitante

186 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data e Assinatura do Prestador Executante

188 - Data e Assinatura do Solicitante

189 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Data e Assinatura do Prestador Executante

191 - Data e Assinatura do Solicitante

192 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Data e Assinatura do Prestador Executante

194 - Data e Assinatura do Solicitante

195 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Data e Assinatura do Prestador Executante

197 - Data e Assinatura do Solicitante

198 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data e Assinatura do Prestador Executante

200 - Data e Assinatura do Solicitante

201 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Data e Assinatura do Prestador Executante

203 - Data e Assinatura do Solicitante

204 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Data e Assinatura do Prestador Executante

206 - Data e Assinatura do Solicitante

207 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Data e Assinatura do Prestador Executante

209 - Data e Assinatura do Solicitante

210 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data e Assinatura do Prestador Executante

212 - Data e Assinatura do Solicitante

213 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Data e Assinatura do Prestador Executante

215 - Data e Assinatura do Solicitante

216 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Data e Assinatura do Prestador Executante

218 - Data e Assinatura do Solicitante

219 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Data e Assinatura do Prestador Executante

221 - Data e Assinatura do Solicitante

222 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data e Assinatura do Prestador Executante

224 - Data e Assinatura do Solicitante

225 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Data e Assinatura do Prestador Executante

227 - Data e Assinatura do Solicitante

228 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Data e Assinatura do Prestador Executante

230 - Data e Assinatura do Solicitante

231 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Data e Assinatura do Prestador Executante

233 - Data e Assinatura do Solicitante

234 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Data e Assinatura do Prestador Executante

236 - Data e Assinatura do Solicitante

237 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Data e Assinatura do Prestador Executante

239 - Data e Assinatura do Solicitante

240 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

2 - Nº 5003001

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

Escola Adventista

3 - Nº Guia Principal

1 - Registro ANS

000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1333183

Dados de Contratação Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

84694405000167

16 - Nome do Profissional Solicitante

Guilherme Augusto Stirna

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

22 - Caracter da Solicitação

E - Eletiva U - Urgência / Emergência

21 - Data/Hora da Solicitação

23 - CID 10

M255

27 - Descrição

Fisioterapia Analgésica

25 - Tabela

26 - Código do procedimento

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

47 - Indicação de Acidente

0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho

46 - Tipo Atendimento

01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar

Consulta Referência

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

1

2

3

4

5

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

29