

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maycon Schultz

Nº da Carteirinha: 3.6.7902

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 28/01/2007

Nº da Guia: 9849.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/03/2023	11:41:44	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava na educação física jogando futebol, quando realizou um movimento com a perna (MID) e veio a torce-lo no processo, professor Ricardo está ciente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Elcio Felipe	03/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno

Solicitação de retorno ao hospital para exame.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

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 ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
367902

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MAYCON SCHULTZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZA SOUZA ZARSK DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48610

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
LUIZA SOUZA ZARSK DE MELLO
CRM 48610

21 - Caráter do Atendimento
03/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

27 - Ql Solic.
1

28 - Ql Autoriz.
0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Prof. 50 - Código na operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Observação / Solicitação
MAYCON SCHULTZ

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIVE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado