AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Levy Leitzke
Nº da Carteirinha: 13.3.3520
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008 **Nº da Guia:** 18873.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	09:40:01	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Lesão na coluna	Costas

Descrição

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando defendeu um chute e deu mal jeito na coluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	20/06/2024

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

Motivo do Retorno

Orientada pelo médico 10 sessões de fisioterapia.

Ass.:

Graziele Filgueiras

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 31/07/24

② 02/08/24

③ 05/08/24

④ 07/08/24

⑤ 09/08/24

⑥ 12/08/24

⑦ 14/08/24

⑧ 15/08/24

⑨ 19/08/24

⑩ 26/08/24

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

V.2.0A

Escola Adventista

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

2 - Nº 18873002

Atend.: 9072278
Conta:

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
1333520	Básico	12/12/2026	LEVY LEITZKE	

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código do CNES
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
Barbara Miroski de Oliveira Pinto	CRM	33265	SC	653

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação (E - Eletiva U - Urgência / Emergência)	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
			FRATURA DA PARS L5 A ESQ - FORTALECIMENTO CORE

	25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt.Solic.	29 - Qt.Autoriz.
1		20103998	Fisioterapia Motora + Alongamento	10	10
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. 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	45a - Grau de Participação

Dados do atendimento

46 - Tipo Atendimento (01 - Remoção 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 (6 - Óbito)

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
	-

Procedimentos e Exames Realizados

	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$
1											
2											
3											
4											
5											

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

1 - __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2 - __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R$	66 - Total Taxas e Aluguéis R$	67 - Total Materiais R$	68 - Total Medicamentos R$	69 - Total Diárias 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
Barbara Miroski de O. Pinto Ortopedia e Traumatologia CRM/SC 33265	/ /		