

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteira: 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

Lesão na coluna

Partes do corpo

Costas

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Telefone

(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Data

20/06/2024

Local de atendimento

Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda

Endereço

Rua Pedro Mayerle

Nº

160

Bairro

Anita Garibaldi

Telefone

(47) 3433-6454

Motivo do Retorno

Orientada pelo médico 10 sessões de fisioterapia.

Ass.:

Grazielle 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

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

- 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

1 - Registro ANS 000000		3 - N° Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia					
Dados do Beneficiário															
8 - Número da Carteira 1333520		9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 12/12/2026		11 - Nome LEVY LEITZKE		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante															
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE				15 - Código do CNES 2521385									
16 - Nome do Profissional Solicitante Barbara Miroski de Oliveira Pinto				17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 33265		19 - UF SC		20 - Código CBO 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					
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					
										46a - 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 a - Outro							
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.					
1										58 - Via					
2										59 -					
3										60 - % Red. / Acresc.					
4										61 - Valor Unitário - R\$					
5										62 - Valor Total - R\$					
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 Barbara M. de O. Pinto CRM 33265				87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				89 - Data e Assinatura do Prestador Executante			