

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteirainha: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 18873.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	09:40:40	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

HDH - Hospital Dona Helena

Endereço

Rua Blumenau

Nº

123

Bairro

Centro

Telefone

(47) 3451-3333
(47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Consulta para avaliação de fisioterapia

Ass.:

Grazielle Filgueiras

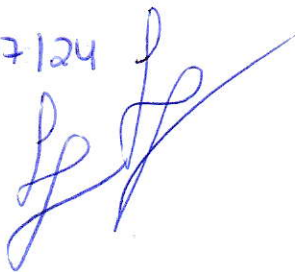
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Consulta 30/07/24



FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

2 - N° 18873002

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

Dados do Contratado Executante		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		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de saída	
46 - Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho		6 - 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.	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 Barbara O. Pinto		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
---	--	--	--	---	--	--	--