

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laila Fantinelli da Silva
Nº da Carteira: 6.68.4374
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau



Data de Nascimento: 17/10/2007

Nº da Guia: 4565

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/11/2021	16:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

A aluna chocou-se com uma colega durante uma atividade na aula de educação física sofrendo uma torção. Após com consulta com especialista este solicitou sessões de fisioterapia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leandro	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Milton	18/11/2021

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

Será atendida na FioForm Fisioterapia Hidroterapia e Estética - Matriz, Rua Pedro Mayerle, 160 - Anita Garibaldi, Joinville. Telefone: (47) 3433-6454. Conforme orientação e direcionamento da Isabelle da Clínica Adventista de Curitiba. Serão Autorizadas 10 sessões de fisioterapia analgésica e 10 sessões de fisioterapia motora + alongamento, conforme solicitação em anexo.

Ass.: _____

Milton Rodrigues Filho

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Consulta
+

- 1) ~~Antônio~~ - 22/11/21
- 2) ~~Antônio~~ - 24/11/21
- 3) ~~Antônio~~ - 29/11/21
- 4) ~~Antônio~~ - 06/12/21
- 5) ~~Antônio~~ - 08/12/21
- 6) ~~Antônio~~ - 13/12/21
- 7) - 15/12/21 - ~~Antônio~~
- 8) ~~Antônio~~ - 10/01/22
- 9) ~~Antônio~~ - 12/01/22

FISIO FORM

CNPJ: 85.283.992/0001-64

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº 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 6694374	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 01/01/2022	11 - Nome Laila Fanlinelli da Silva	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 Cassio Kenji Hiraga		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S934	24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) LESÃO LIGAMENTAR TORNADOZELO	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 28623
25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento	27 - Descrição Fisioterapia Analgésica	28 - Qt. Solic. 10	29 - Qt. Autoriz. 10	
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	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Prof. sinal	43 - Número no Conselho
44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação			
Dados do Atendimento					
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída			
01 - Remissão	02 - Primeira cirurgia	03 - Torção	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar
07 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho					
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 - Qtda.
58 - Via	59 -	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$	
1					
2					
3					
4					
5					
53 - Data e assinatura de procedimentos em série					
1	3	5	7	9	
2	4	6	8	10	
54 - Observação					
55 - Total Procedimentos R\$					
56 - Total Taxas e Aluguéis R\$					
57 - Total Materiais R\$					
58 - Total Medicamentos R\$					
59 - Total Diárias R\$					
60 - Total Gases Medicinais R\$					
61 - Total Geral da Guia R\$					
62 - Data e Assinatura do Solicitante					
63 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
64 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
65 - Data e Assinatura do Prestador Executante					