

Luiziano
ama


AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Fernanda da Silva Machado
Nº da Carteira: 13.3.3600
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/08/2004 **Nº da Guia:** 7383.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/10/2022	14:39:54	Jardim	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava em horário de trabalho, monitora do escolar kids, foi buscar o material solicitado e no caminho de volta torceu o tornozelo D. Realizado gelo por 15 minutos. Realizada imobilização com robofut. E realizada primeira avaliação com o Dr. Gustavo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lúcia Zunfrilli	(47) 3447-7480
Emanuela	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Rinaldi	19/08/2022

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
Aluna encaminhada para realizar fisioterapia, agendamento realizado via whatsapp. Para o dia 18/10 às 8:15.

Ass.: *Syendra Oliveira*
Syendra Rinaldi 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

16/10

- 1) 18/10/22 *Mania*
- 2) 19/10/22 *Mania*
- 3) 21/10/22 *Mania*
- 4) 24/10/22 *Mania*
- 5) 26/10/22 *Mania*
- 6) 28/10/22 *Mania*
- 7) 07/11/22 *Mania*
- 8) 09/11/22 *Mania*
- 9) 11/11/22 *Mania*

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

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 1333600	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 13/10/2022	11 - Nome Marta Fernanda da Silva Machado	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	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 28623
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência S936	23 - CID 10 S936	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) ENTORSE DE TORNOZELO		
25 - Tabela					
26 - Código do procedimento 20103998	27 - Descrição Fisioterapia Motora + Alongamento	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
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45a - Grau de Participação
Dados do Atendimento					
48 - Tipo Atendimento	49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Remédio	52 - Pequena cirurgia	53 - Terapias
01 - Remédio	02 - Pequena cirurgia	03 - Consulta	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar
Condição Referencial					
54 - Observação					
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 - 60 - % Red. / Acresc.
3					61 - Valor Unitário - R\$
4					62 - Valor Total - R\$
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					