

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:** 7383.008

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/12/2022	14:35:20	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
Autorização para realização de 40 sessões de fisioterapia. Pais cientes e acompanhando.

Ass.: _____

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

1) 06/12/22 *Marcia*

2) 08/12/22 *Marcia*

FISIOFORM
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 31/12/2022	11 - Nome Maria 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	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 S934	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) ENTORSE TORNOZELO
-------------------------------	--	---------------------	---

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
1		Fisioterapia Analgésica	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
--	--	--------------------

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
---------------------------------------	--	---	--