

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Henrique Cavaleiro de Souza

Nº da Carteira: 13.3.3294

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/09/2005

Nº da Guia: 7791.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/10/2022	13:45:56	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava jogando basquete e pisou numa poça de água levando um escorregão. Sente dor local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Richard	(47) 3447-7400
Bruno	(47) 3447-7400

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda	Rua Pedro Mayerle	160	Anita Garibaldi	(47) 3433-6454

Motivo do Retorno

Aluno autorizado para retorno a fisioterapia, no dia 17/10/2022.

Pr. Geazi G. de Oliveira
Preceptor

Ass.:

Geazi Gomes de 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

17/10/22	17/10/22
21/10/22	21/10/22
31/10/22	31/10/22
4/10/22	4/10/22
5/10/22	5/10/22
6/10/22	6/10/22
7/10/22	7/10/22
8/10/22	8/10/22
9/10/22	9/10/22
10/10/22	10/10/22
11/10/22	11/10/22
12/10/22	12/10/22
13/10/22	13/10/22
14/10/22	14/10/22
15/10/22	15/10/22
16/10/22	16/10/22
17/10/22	17/10/22

2 - Nº 7791001

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		9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 12/12/2022	11 - Nome Gabriel Henrique Cavalheiro de Souza	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 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		22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência		23 - CID 10 S936	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	20103998	Fisioterapia Motora + Alongamento	10	10
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante		31 - Nome do Contratado		32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. 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			

Consulta Referência		50 - Tempo de Doença	
49 - Tipo 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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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
---------------------------------------	--	---	--

2 - N° 7791001

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 1333294	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 12/12/2022	11 - Nome Gabriel Henrique Cavalheiro de Souza	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 S936	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
---------------------------------------	--	---	--