

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ian Gonçalves Dias
Nº da Carteira: 13.3.2757
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 17/12/2005

Nº da Guia: 9488.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/03/2023	21:28:21	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava jogando basquete e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Bertazzo

Telefone

(47) 99773-0261

Quem prestou primeiros socorros

Ricardo Bertazzo

Data

10/02/2023

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

Autorização para realização de fisioterapia. Agendada para o dia 06/03 às 17:30. Pais cientes.

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

Comp. + 1º) 06/03/23

2) 08/03/23

3) 13/03/23

4) 15/03/23

5) 17/03/23

6) 20/03/23

7) 22/03/23

8) 24/03/23

9) 27/03/23

10) 29/03/23

FISIO FORM

CNPJ: 85.283.902/0001-64

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		9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2023	11 - Nome Ian Goncalves Dias	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 1332757						

Dados do Contratado Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		15 - Código do CNES 2521385	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167					

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	
21 - Data/Hora da Solicitação						

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 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF										
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		54 - Tabela		55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	58 - Via	59 -	60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
51 - Data		62 - Hora Inicial a 53 - Hora final									
1											
2											
3											
4											
5											

63 - Data e assinatura de procedimentos em série		3 -		5 -	7 -	9 -
1 -						
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
---------------------------------------	--	---	--

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 1332757				9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2023		11 - Nome Ian Goncalves Dias		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	
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.	
1										58 - Via 59 -	
2										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					

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767