

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ligia dos Santos

Nº da Carteirinha: 13.3.3892

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/05/2008

Nº da Guia: 9497.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/03/2023	08:53:34	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava em atividade esportiva/recreativa quando teve uma torção sendo que recebeu primeiro atendimento pela enfermeira da escola e foi encaminhada para atendimento no hospital D. Helena.

Testemunha da ocorrência

Preceptora Grazy

Telefone

(47) 3447-7480

Quem prestou primeiros socorros

Syendra Rinaldi

Data

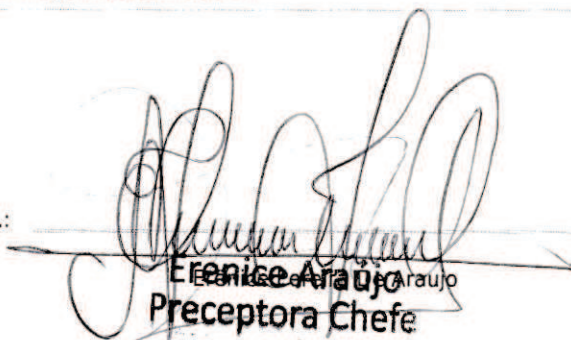
12/02/2023

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

A aluna foi encaminhada para fisioterapia nesta unidade.

Ass.:


Erenice Pereira De Araujo
Preceptora Chefe

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

Consulta + 1º sessão
106/03/23 *Keno*
108/03/23 *Lúcia*
110/03/23 *Lúcia*
115/03/23 *Lúcia*

FISIOFORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Atend.: 8076564

Conta:

2 - N° 9497002

Escola Adventista

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 1333892	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2023	11 - Nome Ligia dos Santos	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					
17 - Nome do Profissional Solicitante Cassio Kenji Hiraga	18 - Número no Conselho 28923	19 - UF SC	20 - Código CBO 653	21 - Data/Hora da Solicitação	
22 - Caracter 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					
1	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.	30 -
2		Fisioterapia Analgésica	10	10	
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
31 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE
39 - CEP	40 - Código CNES				
41a - 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					
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente				
01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar
Consultas Referência					
48 - Tipo de Doença	49 - Tempo de Doença	50 - Tipo de saída			
Procedimentos e Exames Realizados					
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.
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	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$					
66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$	
69 - Total Gases Medicinais R\$		70 - Total Geral da Guia R\$		71 -	
68 - Data e Assinatura do Solicitante					
69 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Data e Assinatura do Prestador Executante	