

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Vinícius Anthony de Lima
Nº da Carteirinha: 13.3.3774
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 07/06/2008

Nº da Guia: 9498.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/03/2023	21:30:50	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando bola na quadra e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 99773-0261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	13/02/2023

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
Aluno encaminhado para realizar fisioterapia. Dias 06/03 às 17:45. 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

06/03 -> King -> 06/03/23 - consulta + 1º passo

- 2) 08/03/23 ~~ASD~~
- 3) 15/03/23 ~~ASD~~ *anon*
- 4) 16/03/23 ~~ASD~~ *ASD*
- 5) 22/03/23 ~~ASD~~
- 6) 23/03/23 ~~ASD~~
- 7) 30/03/23 ~~ASD~~ *ASD*
- 8) 29/03/23 ~~ASD~~ *ASD*
- 9) 12/04/23 ~~ASD~~ *ASD*

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 1333774		9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2023	11 - Nome Vinicius Anthony de Lima	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	-----------------------------------	--	---------------------	---	---------------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84894405000167		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	

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

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	20103998	Fisioterapia Motora + Alongamento	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
---------------------	---------------------	----------------------

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		3 -		5 -		7 -		9 -	
1 -		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	