AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Gabriel Pacheco Cruz
Nº da Carteirinha: 13.3.3728
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/11/2005 **Nº da Guia:** 9601.002

Tatiana

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/03/2023	12:01:23	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando futsal, ao correr para chutar no gol o aluno não conseguiu parar e se chocou com a parede, especificamente no joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461
Marcosselhorst	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syenora	20/02/2023

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 fisioterapia em pós operatório de joelho. Agendamento realizado pelo WhatsApp para o dia 02/03. 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

1) 02/03/23

2) 08/03/23

3) 13/03/23

4) 15/03/23

5) 16/03/23

6) 20/03/23

7) 22/03/23

8) 23/03/23

9) 27/03/23

10) 28/03/23

11) 30/03/23

12) 03/04/23

13/04/04/23

14) 12/04/23

15) 17/04/23

16) 19/04/23

17) 20/04/23

18) 24/04/23

19) 25/04/23

20) 27/04/23

FISIO FORM
CNPJ: 85.[illegible].992/0001-64

Escola Adventista

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

2 - Nº 9601001

Atend.: 8068900
Conta:

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
1333728	Básico	31/12/2023	Joao Gabriel Pachedo Cruz	

Dados do Contratado Solicitante

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

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
Felipe Neves Campos	CRM	20308	SC	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	24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
		S820	POS OPERATÓRIO DE DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA

	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 (6 - Óbito)

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
	-

Procedimentos e Exames Realizados

	51 - Data	52 - Hora inicial	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 - ___/___/___ _____

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14599 TEOT 13115

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
	___/___/___	X	

Ganho ADM até 100° + Treino de marcha com andador ou muleto

Felipe.Campos

CATE1567

Escola Adventista

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

V.2.0A

Atend.: 8134429
Conta:

2 - Nº 9601004

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
1333728	Básico	30/12/2023	Joao Gabriel Pachedo Cruz	

Dados do Contratado Solicitante

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

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
Vitor Gustavo de Paiva Corotti	CRM	24492	SC	653

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho/Artroscopia/Esporte
CRM-SC 24492 RQE 30290
Ortopedia e Traumatologia HDH

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação (E - Eletiva, U - Urgência / Emergência)	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
		S820	S820

	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
	__/__/____		

Vitor.Corotti

CATE1567