AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Laila Fantinelli da Silva
Nº da Carteirinha: 13.3.4103
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 17/10/2007 | **Nº da Guia:** 10929.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	09:10:13	Atividade promovida pela escola (trilife)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava realizando um prova esportiva em equipe e precisava passar por um obstáculo e bateu com força o joelho sentindo muita dor na hora. Realizado gelo e pomada quente, porem a dor persiste.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Pereira de Araújo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice Pereira de Araújo	24/04/2023

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

Aluna autorizada a retomar as seções de fisioterapia, realizando mais 7 seções. 3/10 já feitas antes das férias escolares.

Ass.: Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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

08/08/23
10/08/23
16/08/23
18/08/23
23/08/23
25/08/23
30/08/23

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

Escola Adventista

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

V.2.0A

Atend.: 8278845
Conta:

2 - Nº 10929003

Luciane

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

8 - Número da Carteira: 1334103
9 - Plano: Básico
10 - Validade da Carteira: 30/12/2023
11 - Nome: Laila Fantinelli da Silva
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: Vitor Gustavo de Paiva Corotti
17 - Conselho Profissional: CRM
18 - Número no Conselho: 24492
19 - UF: SC
20 - Código CBO: 653

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho/Artroscopia/Esporte
CRM SC 24.492 / CRM PR 30290
TEOT 14.816 / RQE 15170
Chefe 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: M255
24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo): m255

M17

	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: ... 5 - 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 - 27.06.23 [signature]
2 - 29.06.23 [signature]
3 - 04.07.23 [signature]
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: [signature] 22/06/23
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante:

FISIOFORM
NPJ. 85.283.992/0001-64

Vitor.Corotti

CATE1567