

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Nicholas Dias Oliveira

Nº da Carteirinha: 13.3.3952

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 16/09/2008

Nº da Guia: 15522.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/03/2024	05:41:16	Quarto	Momento de repouso

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

O aluno estava na cama. Ao se levantar acabou pisando em falso e machucando-se.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	27/02/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

CONSULTA AGENDADA COM DR. MARCELO.

Ass.:

Geazi Gomes de 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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

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 31/12/2024	11 - Nome Nicholas Dias Oliveira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---------------------	--	---	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		15 - Código do CNES 2521385	
---------------------------------	--	---	--	--------------------------------	--

16 - Nome do Profissional Solicitante Ivan Monteiro de Abreu Sampaio		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 33013	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 S934	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) Entorse de 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		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 / CNPJ / CPF		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		2 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho		2	

Consulta Referência		50 - Tempo de Doença	
49 - Tipo de Doença 03			

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	52 - Hora inicial a 53 - Hora final									
1 18/03/24		22	50000144	consulta	01	V	C		55,00	55,00
2 19/03/24		22	50000160	fisioterapia	02	V	C		38,00	76,00
3										
4										
5										

63 - Data e assinatura de procedimentos em série		3 -		5 -		7 -		9 -	
1 19/03/24									
2 21/03/24									
64 - Observação		4 -		6 -		8 -		10 -	

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\$ 131,00
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	--

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/03/24	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64