

Naraise

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: João Pedro Ferreira Hames

Nº da Carteirinha: 13.3.3415

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 11/02/2009

Nº da Guia: 17106.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/05/2024	16:32:41	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Braço Esquerdo

Descrição

Aluno brincando no quarto, caiu da bancada. Brincando com colegas

Testemunha da ocorrência

Lucas Jorge

Telefone

(41) 99971-4114

Quem prestou primeiros socorros

Geazi

Data

22/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Encaminhado para avaliação.

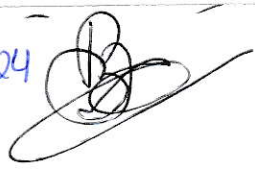
Ass.:

Graziele Filgueiras

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 14/05/24



PROPOSTA DE PRECATORIO

FISIO FORM

CNPJ: 85.283.992/0001-64

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**Aluno:** João Pedro Ferreira Hames**Nº da Carteirinha:** 13.3.3415**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina**Data de Nascimento:** 11/02/2009**Nº da Guia:** 17106.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/05/2024	16:12:41	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceuQueda de altura (**Ex.: escada**)**Partes do corpo**

Braço Esquerdo

Descrição

Aluno brincando no quarto, caiu da bancada. Brincando com colegas

Testemunha da ocorrência

Lucas Jorge

Telefone

(41) 99971-4114

Quem prestou primeiros socorros

Geazi

Data

22/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Solicitado 10 sessões de fisioterapia

Ass.:

Graziele Filgueiras

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) 15/05/24 ~~B~~
- 2) 17/05/24 ~~B~~
- 3) 20/05/24 ~~Kluu~~
- 4) 22/05/24 ~~Am~~
- 5) 24/05/24 ~~B~~
- 6) 27/05/24 ~~B~~
- 7) 05/06/24 ~~B~~
- 8) 12/06/24 ~~B~~
- 9) 14/06/24 ~~B~~
- 10) 17/06/24 ~~B~~

FISIO FORM
CNPJ: 85.283.992/0001-64

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	
8 - Número da Carteira 1333415				9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2024		11 - Nome Joao Pedro Ferreira Hames		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
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 Guilherme Augusto Stirma				17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 27722		19 - UF SC		20 - Código CBO 653	
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) PÓS LUXAÇÃO DE COTOVELO			
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											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				31 - Nome do Contratado		32 - TI		33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município	
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							
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 - Outro			
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											
1 - 2 - 3 - 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 89 - Data e Assinatura do Prestador Executante											

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 1333415	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2024	11 - Nome Joao Pedro Ferreira Hames	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
---	---	--------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

16 - Nome do Profissional Solicitante Guilherme Augusto Stirma	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 27722	19 - UF SC	20 - Código CBO 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 M255	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) PÓS LUXAÇÃO DE COTOVELO
-------------------------------	--	---------------------	---

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 0 - Alta
---	--	--------------------------------

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 -	2 -	3 -	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** **89 - Data e Assinatura do Prestador Executante**