AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: João Pedro Ferreira Hames № da Carteirinha: 13.3.3415

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 11/02/2009

Nº da Guia: 17106.003

Vana

Data do Retorno

Horário

Local

N- da Guia. 1/100.00

14/05/2024

16:32:41

Dormitório (Ex.: residencial)

Atividade

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

Telefone

Lucas Jorge

(41) 99971-4114

Telefone

Quem prestou primeiros socorros

Data

Geazi

22/04/2024

Local de atendimento

Rua Blumenau

Endereço

123 Centro

Bairro

(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Encaminhado para avaliação.

HDH - Hospital Dona Helena

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



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro Ferreira Hames Nº da Carteirinha: 13.3.3415

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Horário

Data de Nascimento: 11/02/2009

Nº da Guia: 17106.004

Atividade

16/05/2024 16:12:41 Dormitório (Ex.: residencial) Deslocamento interno

O que aconteceu Partes do corpo

Local

Queda de altura (Ex.: escada) Braço Esquerdo

Descrição

Data do Retorno

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

Testemunha da ocorrência Telefone

Lucas Jorge (41) 99971-4114

Quem prestou primeiros socorros Data

Geazi 22/04/2024

Local de atendimentoEndereço№BairroTelefoneHDH - Hospital Dona HelenaRua Blumenau123Centro(47) 3451-3333
(47) 3451-3365

Motivo do Retorno

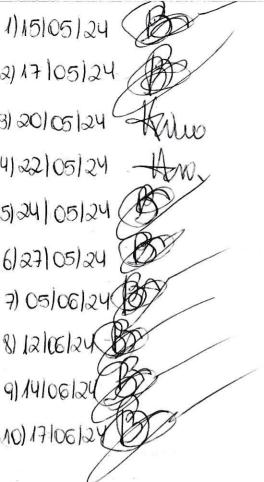
Solicitado 10 sessões de fisioterapia

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



FISIO FORM
CNPJ: 85.283 992/0901-6/

Naras

Escola Adventista	GL	JIA DE SERVI	O PROFISSION	AL / SERVIÇ	O AUXILIAR	DE DIAGNÓSTIC	CO E TERA		ADT 2 - N° 17106002	At	v.z.oa end.: 8918337 Conta:
1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Princip	Guia Principal 4 - Data (ão 5 - Senha	6 - Data Valid	lade da Senha	7 - Data de Emis	são da Guia		
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira		9 - Plano	10 - Validade d	And the second s	- Nome			11	12 - Número do Cartão	Nacional de Saúde	
1333415		Básico	31/12/2024	Jo	oao Pedro Ferreira I	Hames					
Dados de Contratado Solicitante 13 - Código na Operadora / CNPJ / CP	F 114 - No	ome do Contratado				1E /	Código do CNES				
84694405000167			NTE EVANGELICA DE	IOINVILLE		252		•			
16 - Nome do Profissional Solicitante			= = 7 0 = 10 0 = 1	17 - Conselho	Proficeional	18 - Número no Co		19 - UF	20 - Código CBO		
Guilherme Augusto Stirma			. 3	CRM	Tonssional	27722	Juseuro	ll sc	653	Ti.	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exam-									7		
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter	r da Solicitação U - Urgência / Emergência	23 - CID 10			e pequena cirurgia, terapia	consulta de ref	erência o alto custo	o)		I
		- Orgenda / Emergenda	M255	PÓS LUXAÇ	ÃO DE COTOVELO	0	1	/ dem	·e		
25 - Tabela 26 - Código do procedi					1		Ør/ Gui	the me /y. Still	28 - Qt.Solic.	29 - Qt.Autoriz.	
	3998 Fisiote	rapia Motora + Along	amento			We will be a second of the sec	Orloped	e Total	velc 10	10	
2							Cirura	18 OND 0 0 0 1	3453		
3							CRIVIZI	1221			
4			5.1W.								
5					1	/					
Dados do Contratado Executante 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	1 13	1 - Nome do Contratado		32 - 7	rı 1 [33 . 34 . 35 .]	ogradouro - Número - Compleme	nto/ 36 - Muni	cípio T	37 - UF 38 - Cód. IBGI	39 - CEP	40 - Código CNES
	ii			11	11	ogradouro - rainero - complena	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	li II			Coungo Cives
40a - Código na operadora / CPF do exec. com	nplementar 4	1 - Nome do Profissional E	ecutante / Complementar	42 - 0	Conselho Profissional		43 - Número no C	Conselho 4	1 - UF 45 - Código CB	O S 45a - Grau de	Participação
Dados do atendimento							L				
46 - Tipo Atendimento		20.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.0		47 - Indicação de Acid	ente		48 -	Tipo de saída			
01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias 04 -	Consulta 05 - Exame	8 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou de	pença relacionado ao trabalho						6 - Óbito
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença 50 - Temp	o de Doença										
1 -	o do Dodinya	1									
Procedimentos e Exames Realizados											
51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - F	Hora final 54 - Tab	pela 55 - Código do	Procedimento 56 - Descr	ição		57 - G	tde. 58 - V	ia 59 - 60 - % F	Red. / Acresc. 61 - V	alor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1								40	589		
2											
3											
4											
5											
63 - Data e assinatura de procedimentos em sé	erie										
1	3		NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.	5//_		7			9/		
2 - <u> </u>	4			6//		8- /			10 - /		
64 - Observação	-			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
100											
65 - Total Procedimentos R\$	6 - Total Taxas e Alugu	ıéis R\$ 67 -	Total Materiais R\$	68 - Total M	ledicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases	s Medicinais R\$	71 - Total Geral da G	nia R\$
86 - Data e Assinatura do Solicitante	3	87 - Data e Assinati	ra do Responsável pela Autoriz	ação	88 - Data e Assinatur	ra do Beneficiário ou Responsáv	el	89 - Data e Assi	natura do Prestador Execu	itante	
						The state of the s	- manufacture of the state of t				
	$\tilde{\lambda}$,					
Página 1				G	uilherme.AS					CA-	ΓE1567

Narcon9 V.2.0A

Escola Adventista	C	GUIA DE SERVIÇO	PROFISSION	AL / SER\	/IÇO AUXILIAR	DE DIAGNÓSTI	CO E TERA	APIA - SP/SADT 2 - N° 1710600	Atend.: 8918337 Conta:	
1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Prin	3 - N° Guia Principal			zação 5 - Senha	6 - Data Valid	dade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia		
Dados do Beneficiário							anni matata de la signa de			
8 - Número da Carteira 9 - Plano 1333415 Básico			10 - Validade da 31/12/2024	a Carteira	11 - Nome Joao Pedro Ferreira I	Hames	11111111111111111111111111111111111111	12 - Número do Ca	rtão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante										
13 - Código na Operadora / CNPJ 84694405000167	AS	- Nome do Contratado SSOCIACAO BENEFICENT	E EVANGELICA DE .	JOINVILLE			Código do CNES 21385			
16 - Nome do Profissional Solicita Guilherme Augusto Stirma				17 - Conse	lho Profissional	18 - Número no C 27722	onselho	19 / UF 20 - Código CBC	P .	
F - Fletiva U - Umência / Emernência			23 - CID 10 M255		.4 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) PÓS LUXAÇÃO DE COTOVELO					
25 - Tabela 26 - Código do pr 1		Pescrição oterapia Analgésica					Ortope	dilherine A. Stirria 28 - Qt. Solic. edia e Traumatologia 10	29 - Qt.Autoriz. 10	
2							Clinida	ue Umbro e Cotoveic		
3							77/	11 1001. 10953		
4							///	1		
5										
Dados do Contratado Executante 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado			32 - TI 33 - 34 - 35 - L	ogradouro - Número - Compleme	ento / 36 - Munic	ípio	IBGE 39 - CEP 40 - Código CNES	
40a - Código na operadora / CPF do exec	. complementar	41 - Nome do Profissional Execu	ante / Complementar		12 - Conselho Profissional	11100 11100 11100	43 Número no Co	onselho 44 - UF 45 - Código	CBO S 45a - Grau de Participação	
Dados do atendimento 46 - Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena cirurga	03 - Terapias	04 - Consulta 05 - Exame 06 - A	endimento Domicifiar	47 - Indicação de	Acidente ou doença relacionado ao trabalho		<i>y</i> 48 - 1	ipo de saida		
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença 50 -	Tempo de Doença									
Procedimentos e Exames Realizados 51 - Data 52 - Hora inicial a 1	53 - Hora final 54 -	Tabela 55 - Código do Pro	cedimento 56 - Descri	ição		57 - 0	Qtde. 58 - Via	a 59 - 60 - % Red. / Acresc. 6	1 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$	
2										
3										
4										
5										
63 - Data e assinatura de procedimentos				5- /	,	7- /		9-		
2//				6/	,					
54 - Observação										
65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Al	uguéis R\$ 67 - Tot	ıl Materiais R\$	68 - To	tal 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 Respo		o Responsável pela Autoriz	nsável pela Autorização		ra do Beneficiário ou Responsá	vel	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
1				1000						
Página 2					Guilherme AS				CATE1567	