

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Anderson Francisco Lins de Farias  
**Nº da Carteira:** 13.3.4428  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 04/10/2007

**Nº da Guia:** 18390.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/07/2024	10:29:21	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, Tornozelo Direito

## Descrição

Anderson foi chutar a bola e acabou chutando o pé do outro aluno. Acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Renata	06/06/2024

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

## Motivo do Retorno

Realização de 10 sessões de fisioterapia

Ass.:

  
Pr. Geazi G. de Oliveira  
Geazi G. de Oliveira  
Preceptor

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

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

V.2.0A  
Atend.: 9052787  
Conta:

2 - N° 16814001

Escola Adventista

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		10 - Validade da Carteira 31/12/2024	11 - Nome Anderson Francisco Lins de Farias	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 1334428	9 - Plano Básico			

Dados do Contratado Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES 2521385	18 - Número no Conselho 28623	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167						

16 - Nome do Profissional Solicitante Cassio Kenji Hiraga	17 - Conselho Profissional CRM	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) FRATURA NAVICULAR - TRATAMENTO CONSERVADOR
--	-----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S929	28 - Qt. Solic. 10	29 - Qt. Autoriz. 10
21 - Data/Hora da Solicitação					

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição
1	20103998	Fisioterapia Motora + Alongamento
2	22 50000160	
3		
4		
5		

Dados do Contratado Executante		31 - Nome do Contratado Fisioform	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 85283992000164									
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		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 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho		2

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
---------------------	----------------------

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	22	50000160	Fisioterapia	08	V C				
1	01/08/24									
2										
3										
4										
5										
63 - Data e assinatura de procedimentos em série		3	5	7	8					
1	01.08.24 LINS	08.08.24 LINS	15.08.24 LINS	22.08.24 LINS						
2	06.08.24 LINS	13.08.24 LINS	20.08.24 LINS	27.08.24 LINS						

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
---------------------------------------	--	---	--

Dr. Cassio Hiraga  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SC 28623 REPOST 16767

**FISIO FORM**  
CNPJ: 85.283.992/0001-64

Cassio.Hiraga

CATE1567