

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Felipe Specort da Costa  
**Nº da Carteira:** 13.3.2735  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 02/02/2006

**Nº da Guia:** 7467.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	08:57:52	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

## Descrição

O aluno em aula de Educação Física no dia 12/08/2022 estava jogando futebol, quando em dividida de bola com o goleiro teve uma torção no joelho e caiu. Foi direcionado ao residencial pelos colegas e professor. Atendido pelo Preceptor Geazi, realizado gelo no local e recomendado repouso. O pai do aluno veio até a escola no dia seguinte para leva-lo para casa a passeio. O pai preocupado com a dor o levou até o pronto atendimento de Balneário Camboriú, realizado raio x onde não foi detectado nada. O médico deste atendimento receitou o medicamento para alívio da dor, o médico orientou caso não houvesse melhora a necessidade da realização de uma Ressonância Magnética. O aluno ainda relata dor, dificuldade de mobilidade encaminhado para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton Cremonesi	(47) 3447-7400
Geazi Oliveira	(44) 9907-4682

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Oliveira	24/08/2022

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

Aluno autorizado a realizar fisioterapia, com data de início dia 17/10 às 10:30. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

**Syendra Rinaldi Oliveira**  
Enfermeira  
COREN N: 639647

Ass.:

*Syendra Oliveira*

Syendra Rinaldi Oliveira

(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) 17/10/22

Handwritten flourish

2) 19/10/22

Handwritten flourish

3) 21/10/22

Handwritten flourish

4) 24/10/22

Handwritten flourish

5) 26/10/22

Handwritten flourish

6) 28/10/22

Handwritten flourish

7) 07/11/22

Handwritten flourish

8) 09/11/22

Handwritten flourish

9) 16/11/22

Handwritten flourish

FISIOFORM  
CNPJ: 85.283.992/0001-64

17/10/22

19/10/22

21/10/22

24/10/22

26/10/22

28/10/22

07/11/22

09/11/22

16/11/22

**FISIOFORM**  
CNPJ: 85.283.992/0001-64

Endereço: Rua ...  
Cidade: ...

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Felipe Specort da Costa  
**Nº da Carteira:** 13.3.2735  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 02/02/2006

**Nº da Guia:** 7467.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	08:57:52	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

## Descrição

O aluno em aula de Educação Física no dia 12/08/2022 estava jogando futebol, quando em dividida de bola com o goleiro teve uma torção no joelho e caiu. Foi direcionado ao residencial pelos colegas e professor. Atendido pelo Preceptor Geazi, realizado gelo no local e recomendado repouso. O pai do aluno veio até a escola no dia seguinte para leva-lo para casa a passeio. O pai preocupado com a dor o levou até o pronto atendimento de Balneário Camboriú, realizado raio x onde não foi detectado nada. O médico deste atendimento receitou o medicamento para alívio da dor. o médico orientou caso não houvesse melhora a necessidade da realização de uma Ressonância Magnética. O aluno ainda relata dor, dificuldade de mobilidade encaminhado para avaliação médica.

## Testemunha da ocorrência

Milton Cremonezi

## Telefone

(47) 3447-7400

Geazi Oliveira

(44) 9907-4682

## Quem prestou primeiros socorros

Syendra Oliveira

## Data

24/08/2022

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

Aluno autorizado a realizar fisioterapia, com data de início dia 17/10 às 10:30. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

**Syendra Rinaldi Oliveira**  
Enfermeira  
COREN N: 639647

Ass.:

*Syendra Oliveira*

Syendra Rinaldi Oliveira

**(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

Joinville, 28 de setembro de 2022.

**Felipe Specort da Costa**

**AO FISIOTERAPEUTA E EDUCADOR FISICO**

SOLICITO FISIOTERAPIA PARA PACIENTE ACIMA DEVIDO:

1- PRE OPERATORIO DE RUPTURA DE LCA E LESAO MENISCAL JOELHO ESQUERDO

SUGIRO REALIZAR

- FISIOTERAPIA ANALGESICA E CRIOTERAPIA
- GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO JOELHO
- ALONGAMENTO MUSCULAR
- TREINO DE MARCHA COM MULETAS (CARGA PROGRESSIVA PROGRESSIVAMENTE)
- FORTALECIMENTO MUSCULAR

OBS: APOS FINALIZAÇÃO DAS GUIAS DE FISIOTERAPIA FAVOR REALIZAR CARTA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL COM AS DESCRIÇÕES DAS ATIVIDADES REALIZADAS E POSSIBILIDADE/NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO.

ATT

DR VITOR COROTTI

Dr. Vitor Corotti  
Ortopedia e Traumatologia  
Especialista Joelho / Esporte  
CRM: 24492 / CRMSC 24492  
TEGT: 15170 / RDE: 15170  
Tel: 47 99516-1720 / 41 95872-9170

Dr. Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 24492)



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 1332735		9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2022	11 - Nome Felipe Specort da Costa	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 Vitor Gustavo de Paiva Corotti		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 24492	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S835	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) S835 M233	
-------------------------------	--	--	---------------------	---	--

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

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

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		3 -	5 -	7 -	9 -
63 - Data e assinatura de procedimentos em série		4 -	6 -	8 -	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
---------------------------------------	--	---	--

