

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Nathalia

**Aluno:** Caio Santos Franco  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.3516  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 23/04/2014      **Nº da Guia:** 7600.01

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/12/2022	11:47:10	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

**Descrição**  
Aluno estava em aula de educação Física, quando correndo caiu. Veio até a enfermaria e o Braço E foi imobilizado. Encaminhado ao hospital.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jackson	(47) 3447-7480
Syendra	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gustavo	31/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda	Rua Pedro Mayerle	160	Anita Garibaldi	(47) 3433-6454

**Motivo do Retorno**  
Autorização do aluno acima citado para realização de dez seções de fisioterapia. Início dia 09/01/23. Acompanhado pela mãe.

Ass.:   
Syendra Rinaldi 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](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)

- 1) 09/01/23. *Aline Sato* + consulta
- 2) 11/01/23 *Aline Sato*
- 3) 16/01/23 *Aline Sato*
- 4) 18/01/23 *Aline Sato*
- 5) 23/01/23 *Aline Sato*
- 6) 30/01/23 *Aline Sato*
- 7) 06/02/23 *Aline Sato*
- 8) 08/02/23 *Aline Sato*
- 9) 13/02/23 *Aline Sato*

**FISIOFORM**  
CNPJ: 85.287.992/0001-64

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

Dados do Beneficiário		9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 30/12/2022	11 - Nome Caio Santos Franco	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 Helena Elisa Stein	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 10359	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 S428	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 3 meses pós operatório de fratura do cotovelo esquerdo - apresenta restrição da extensão - ganho de arco de movimento
---	--	--	---------------------	---

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 / 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
----------------------	--	--	--	--------------------

Consulta Referência		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 -	/	/	/	3 -	/	/	/	5 -	/	/	/
2 -	/	/	/	4 -	/	/	/	6 -	/	/	/

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\$
------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

65 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--