

**AUTORIZAÇÃO DE RETORNO**

**Aluno:** Henrique Pagliari Brandão  
**Nº da Carteira:** 13.3.4188  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 22/08/2008      **Nº da Guia:** 15222.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/03/2024	10:05:33	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

**Descrição**

o aluno estava jogando basquete e em uma dividida ao saltar caiu com seu pé esquerdo, sendo o apoio, sobre o pé do colega, sofrendo uma torção

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Shelhor	(49) 9815-7290

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes de Oliveira	12/02/2024

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**

Solicito Avaliação para 10 sessões de fisioterapia

Ass.:

Grazielle 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](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)

Consulta → 07/03/24 → A&S

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

*[Faint handwritten signature]*

Narciso

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Henrique Pagliari Brandão  
**Nº da Carteira:** 13.3.4188  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 22/08/2008      **Nº da Guia:** 15222.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
07/03/2024	12:24:06	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

**Descrição**  
o aluno estava jogando basquete e em uma dividida ao saltar caiu com seu pé esquerdo, sendo o apoio , sobre o pé do colega, sofrendo uma torção

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos Shelhor	(49) 9815-7290

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes de Oliveira	12/02/2024

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**  
Orientado a realizar 10 sessões de fisioterapia.

Ass.:

Grazielle 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](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)

107/03/24 *res*

108/03/24 *J*

112/03/24 *res*

115/03/24 *res*

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

*[Faint signature]*

2 - N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS  
3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização  
5 - Senha  
6 - Data Validade da Senha 20/02/2024  
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não informada

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00  
9 - Validade da Carteira 20/02/2024  
10 - Nome Henrique Pagliari Brandão  
11 - Cartão Nacional de Saúde  
12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 78665361000144  
14 - Nome do Contratado Instituto de Ortopedia E Traumatologia

15 - Nome do Profissional Solicitante Antonio Kim  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 10423  
18 - UF SC  
19 - Código CBO 225270  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento  
22 - Data da Solicitação  
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - Descrição	27 - Qtdde.Sessão	28 - Qtdde.Aut.
1		10 sessoes de fisioterapia ( LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO -medidas antiinflamatórias, adm e analgesia)	1	1
2				
3				
4				
5				

*Antonio Kim*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CLINICA DO DR. ANTONIO KIM

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
30 - Nome do Contratado  
31 - Código CNES

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento  
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
34 - Tipo de Consulta  
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtdde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
2 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 10 - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

58 - Observação / Justificativa  
CID: S936 - Luxac entors distens artic lig niv tornoz pe - Entorse distensao outr partes e partes NE pe

59 - Total Procedimentos (R\$)  
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  
61 - Total Materiais (R\$)  
62 - Total de OPME (R\$)  
63 - Total Medicamentos (R\$)  
64 - Total Gases Medicinais R\$  
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 20/02/2024  
68 - Assinatura do Contratado