

edit  
marilia

João  
(M)

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leandra Gehrke dos Santos

Nº da Carteirinha: 13.3.4596

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 24/03/2008

Nº da Guia: 16952.007

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                          |
|-----------------|----------|---------|------------------------------------|
| 05/06/2024      | 15:33:14 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

### O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

### Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

### Descrição

A aluna estava jogando handebol e recebeu uma bola batendo contra o dedo, ouviu um estalo e tentou continuar jogando mas não conseguiu devido a dor.

### Testemunha da ocorrência

Erenice Araújo

### Telefone

(47) 99773-0494

Erenice Araujo

(47) 99773-0494

### Quem prestou primeiros socorros

Professora Miréia

### Data

18/04/2024

### Local de atendimento

Fisioform Clinica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda

### Endereço

Rua Pedro Mayerle

### Nº

160

### Bairro

Anita Garibaldi

### Telefone

(47) 3433-6454

### Motivo do Retorno

Solicito avaliação, para 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: [sistemas.usb.org.br/ama](http://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)

04/06/24 Incl Rem des hutes

**FISIFORM**  
CNPJ: 85.223.992/0001-64

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Leandra Gehrke dos Santos  
**Nº da Carteira:** 13.3.4596  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 24/03/2008

**Nº da Guia:** 16952.006

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                          |
|-----------------|----------|---------|------------------------------------|
| 05/06/2024      | 08:45:44 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo                  |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

## Descrição

A aluna estava jogando handebol e recebeu uma bola batendo contra o dedo, ouviu um estalo e tentou continuar jogando mas não conseguiu devido a dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Erenice Araújo           | (47) 99773-0494 |
| Erenice Araujo           | (47) 99773-0494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Professora Miréia               | 18/04/2024 |

| 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

Aluna precisará de 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)

- 1) 04/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
2) 05/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
3) 10/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
4) 12/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
5) 17/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
6) 19/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
7) 24/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
8) 26/06/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
9) 01/07/24 *hml* *fun* *des* *hml*  
10) 03/07/24 *hml* *fun* *des* *hml*

**FISIO FORM**  
CNPJ: 87.283.992/0001-64

| Particular                                                                                                                  |  | GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         | V.2.0A          |                                                       |  |                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         | Atend.: 8958445 |                                                       |  |                                                |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         | Conta:          |                                                       |  |                                                |  |
| 1 - Registro ANS                                                                                                            |  | 3 - Nº Guia Principal                                                              |  | 4 - Data da Autorização                                                   |  | 5 - Senha                                                                                                                                                               |                 | 6 - Data Validade da Senha                            |  | 7 - Data de Emissão da Guia                    |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                       |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 8 - Número da Carteira particular                                                                                           |  |                                                                                    |  | 9 - Plano Básico                                                          |  | 10 - Validade da Carteira 31/12/2024                                                                                                                                    |                 | 11 - Nome Leandra Gehrke dos Santos                   |  | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde        |  |
| Dados do Contratado Solicitante                                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 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 Reynaldo Lemos de Souza Neto                                                          |  |                                                                                    |  | 17 - Conselho Profissional CRM                                            |  | 18 - Número no Conselho 25873                                                                                                                                           |                 | 19 - UF SC                                            |  | 20 - Código CBO 653                            |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                   |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 21 - Data/Hora da Solicitação                                                                                               |  | 22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência                  |  | 23 - CID 10                                                               |  | 24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 06 semanas tratamento conservador fratura de 4º dedo mão direita. |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 25 - Tabela                                                                                                                 |  | 26 - Código do procedimento                                                        |  | 27 - Descrição                                                            |  | 28 - Qt.Solic.                                                                                                                                                          |                 | 29 - Qt.Autoriz.                                      |  |                                                |  |
| 1                                                                                                                           |  |                                                                                    |  | Fisioterapia Analgésica                                                   |  | 10                                                                                                                                                                      |                 | 10                                                    |  |                                                |  |
| 2                                                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 3                                                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 4                                                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 5                                                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 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                                                                                                  |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 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                                                               |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| Procedimentos e Exames Realizados                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |
| 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 -                                                                       |  | 7 -                                                                                                                                                                     |                 | 9 -                                                   |  |                                                |  |
| 2 -                                                                                                                         |  | 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 |  |
|                                                                                                                             |  |                                                                                    |  |                                                                           |  |                                                                                                                                                                         |                 |                                                       |  |                                                |  |

Página 1 Reynaldo Neto CATE1567