

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Miguel Nunes Duarte
Nº da Carteirinha: 8.48.5031
Instituição: Colégio Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 15/10/2015

Nº da Guia: 16757.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/08/2024	11:22:00	Ginásio	O aluno estava correndo durante a aula de Ed. Física. Deu um salto e se desequilibrou.

O que aconteceu	Partes do corpo
Machucou o pulso.	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava correndo durante a aula de Ed. Física. Deu um salto e se desequilibrou.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Ed. Física.	(32) 25-4188

Quem prestou primeiros socorros	Data
Suziellen.	11/04/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno
28/05/2024 - Começou as sessões de fisioterapia 21/06/2024 - Encerrou as sessões de fisioterapia

Ass.: _____

Thiago Braga De Freitas

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia do Paciente

901576

1 - Registro RAC		2 - Número do Guia Principal	
3 - 1 1 1 2 7 5			
4 - Data de Autorização		5 - Data de Validade do Serviço	
6 - Nome do Beneficiário		7 - Número da Guia Afiliado pelo Operador	
8 - Número da Carteira		9 - Nome da Carteira	
10 - Nome do Profissional Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código de Operadora		13 - Assinatura do Profissional Solicitante	
14 - Nome do Contratado		15 - Assinatura do Contratado	
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Assinatura do Profissional Solicitante	
18 - Nome do Profissional Solicitante		19 - Assinatura do Profissional Solicitante	
20 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Nome do Profissional Solicitante		23 - Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Nome do Profissional Solicitante		25 - Assinatura do Profissional Solicitante	
26 - Nome do Profissional Solicitante		27 - Assinatura do Profissional Solicitante	
28 - Nome do Profissional Solicitante		29 - Assinatura do Profissional Solicitante	
30 - Nome do Profissional Solicitante		31 - Assinatura do Profissional Solicitante	
32 - Nome do Profissional Solicitante		33 - Assinatura do Profissional Solicitante	
34 - Nome do Profissional Solicitante		35 - Assinatura do Profissional Solicitante	
36 - Nome do Profissional Solicitante		37 - Assinatura do Profissional Solicitante	
38 - Nome do Profissional Solicitante		39 - Assinatura do Profissional Solicitante	
40 - Nome do Profissional Solicitante		41 - Assinatura do Profissional Solicitante	
42 - Nome do Profissional Solicitante		43 - Assinatura do Profissional Solicitante	
44 - Nome do Profissional Solicitante		45 - Assinatura do Profissional Solicitante	
46 - Nome do Profissional Solicitante		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Nome do Profissional Solicitante		49 - Assinatura do Profissional Solicitante	
50 - Nome do Profissional Solicitante		51 - Assinatura do Profissional Solicitante	
52 - Nome do Profissional Solicitante		53 - Assinatura do Profissional Solicitante	
54 - Nome do Profissional Solicitante		55 - Assinatura do Profissional Solicitante	
56 - Nome do Profissional Solicitante		57 - Assinatura do Profissional Solicitante	
58 - Nome do Profissional Solicitante		59 - Assinatura do Profissional Solicitante	
60 - Nome do Profissional Solicitante		61 - Assinatura do Profissional Solicitante	
62 - Nome do Profissional Solicitante		63 - Assinatura do Profissional Solicitante	
64 - Nome do Profissional Solicitante		65 - Assinatura do Profissional Solicitante	
66 - Nome do Profissional Solicitante		67 - Assinatura do Profissional Solicitante	
68 - Nome do Profissional Solicitante		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	
70 - Nome do Profissional Solicitante		71 - Assinatura do Profissional Solicitante	
72 - Nome do Profissional Solicitante		73 - Assinatura do Profissional Solicitante	
74 - Nome do Profissional Solicitante		75 - Assinatura do Profissional Solicitante	
76 - Nome do Profissional Solicitante		77 - Assinatura do Profissional Solicitante	
78 - Nome do Profissional Solicitante		79 - Assinatura do Profissional Solicitante	
80 - Nome do Profissional Solicitante		81 - Assinatura do Profissional Solicitante	
82 - Nome do Profissional Solicitante		83 - Assinatura do Profissional Solicitante	
84 - Nome do Profissional Solicitante		85 - Assinatura do Profissional Solicitante	
86 - Nome do Profissional Solicitante		87 - Assinatura do Profissional Solicitante	
88 - Nome do Profissional Solicitante		89 - Assinatura do Profissional Solicitante	
90 - Nome do Profissional Solicitante		91 - Assinatura do Profissional Solicitante	
92 - Nome do Profissional Solicitante		93 - Assinatura do Profissional Solicitante	
94 - Nome do Profissional Solicitante		95 - Assinatura do Profissional Solicitante	
96 - Nome do Profissional Solicitante		97 - Assinatura do Profissional Solicitante	
98 - Nome do Profissional Solicitante		99 - Assinatura do Profissional Solicitante	
100 - Nome do Profissional Solicitante		101 - Assinatura do Profissional Solicitante	



RECEITUÁRIO

Unimed 
Pelotas/RS

Miguel Duarte
Fisioterapia motor

fratura rádio distal (E)

(53) 3307-5445

Dr. Felipe Lopes
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia da Coluna
CRM/RS 35976 - RQE 36137 - TEOT-16411



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

ANS - nº 311375



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITA****Nota Fiscal Eletrônica de Serviços****Número / Série:** 86 / NFSe
Data Prestação Serviço: 18/06/2024**Emissão:** 18/06/2024 14:33:57
Incidência: PELOTAS (RS)**Retenção ISS:** Tributado
Nº RPS:**PRESTADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** RAQUEL BLANK KRAUSE**CPF / CNPJ:** 38.651.445/0001-04**Regime:** Simples (Alíquota 2.00%)**Endereço:** - Avenida Fernando Osorio, nº 5680, Bairro Tres Vendas**Telefone:** (53) 33074218 (53) 991646192**Município:** PELOTAS (RS)**E-Mail:** assessoriacontabil.pel@gmail.com**Inscr. Municipal:** 1008214**Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:** RAQUEL KRAUSE CLINICA INTEGRADA DE FISIOTERAPIA**TOMADOR DE SERVIÇOS****Nome/Razão Social:** INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0003-31**Endereço:** Rua Matias Jose Bins, nº 581, Bairro Tres Figueiras**Telefone:****Município:** PORTO ALEGRE (RS)**E-Mail:****Inscr. Municipal:****Inscr. Estadual:****Nome Fantasia:****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS****Código CNAE:** 8650-0/04-00 **Denominação:** ATIVIDADES DE FISIOTERAPIA**Código Serviço:** 4.08 **Serviço:** Terapia Ocupacional; Fisioterapia e Fonoaudiologia**Local da Prestação dos Serviços:** PELOTAS (RS)**Discriminação dos Serviços Prestados:**

SERVIÇO: ATENDIMENTO REFERENTE A DEZ CONSULTAS DE FISIOTERAPIA.

RETENÇÕES DE IMPOSTOS**INSS**

R\$ 0,00

COFINS

R\$ 0,00

CSLL

R\$ 0,00

PIS

R\$ 0,00

IRRF

R\$ 0,00

Outras Retenções

R\$ 0,00

DETALHAMENTO DE VALORES**Valor Total da Nota**

R\$ 1.500,00

Deduções Permitidas em Lei

R\$ 0,00

Base de Cálculo

R\$ 1.500,00

Alíquota

2,00 %

ISS

R\$ 30,00

Totais Retenções

R\$ 0,00

Valor Líquido:**R\$ 1.500,00****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Emitido por Roberto Soares Silveira

A validação dos dados desta nota poderá ser feita junto ao site da Prefeitura, através do endereço <https://nfe.pelotas.rs.gov.br/> no menu "Consultar" - "Validar Documento" informando o código de validação abaixo:

33E5.5C66.9EB4.D905.2EFC.A5F4.567C.CC9C

RELATORIO FISIOTERAPÊUTICO

Pelotas, 24 de junho de 2024

Declaro que o paciente, Miguel Nunes Duarte, 8 anos, foi admitido para atendimento fisioterapêutico no dia 28/05/2024 por indicação médica pós fratura do terço distal do rádio esquerdo com angulação dos fragmentos, provável fratura de ulna esquerda (sem desvios), abaulamento de partes moles adjacentes. Com imobilização externa em tala ortopédica. Apresentou queixa de dor no movimento do punho, dificuldade no movimento de pinça com os dedos e fraqueza de membro superior esquerdo.

Após testes, apresentou fraqueza muscular significativa em membro superior esquerdo (MSE), diminuição da amplitude de movimento e dor no limite do movimento.

Objetivos do tratamento: realizar fortalecimento de MSE, estimular o ganho de amplitude de movimento e mobilidade.

Atividades fisioterapêuticas realizadas: Realizar fortalecimento muscular através de exercícios com halteres, faixa elástica, magic circle, toning ball e hand grip. Realizar exercícios de Maitland, de mobilidade e alongamentos para obter ganho de amplitude de movimento.

Evolução do paciente: Paciente teve melhora significativa no decorrer dos atendimentos, com evolução de psos durante o atendimento de fortalecimento e retornando a amplitude de movimento normal, sem dor.

No dia 21/06/2024 recebeu alta da fisioterapia.

Raquel Blank Krause
Fisioterapeuta
CREFITO-5 295108-F

Fisioterapeuta Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Nunes Duarte
Nº da Carteirinha: 8.48.5031
Instituição: Colégio Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 15/10/2015

Nº da Guia: 16757



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2024	14:06:00	Ginásio	O aluno estava correndo durante a aula de Ed. Física. Deu um salto e se desequilibrou.

O que aconteceu	Partes do corpo
Machucou o pulso.	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava correndo durante a aula de Ed. Física. Deu um salto e se desequilibrou.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Ed. Física.	(32) 25-4188

Quem prestou primeiros socorros	Data
Suziellen.	11/04/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
O aluno estava correndo durante a aula de Ed. Física. Deu um salto e se desequilibrou.

Ass.: _____

Emileni Timm Morales

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br