

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Naliane Silva Souza  
**Nº da Carteirinha:** 11.4.80977  
**Instituição:** FAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 18/12/2003

**Nº da Guia:** 17909.006



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade                          |
|-----------------|----------|--------|------------------------------------|
| 24/07/2024      | 18:48:44 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo     |
|-----------------|---------------------|
| Torção          | 1º Dedo Mão Direita |

### Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade esportiva, voley e ao receber a bola a mesma bateu no polegar da mão D, sentiu uma forte dor no local, apresentando edema imediato.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Vanessa Santos           | (44) 9700-2812 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enf Gilberto                    | 18/05/2024 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

### Motivo do Retorno

Autorizado procedimento cirúrgico (ligamentoplastia com âncora + tenoplastia ou enxerto de tendão da mão) no dia 25/07/2024 às 10h, com Dr. João Miguel, conforme orçamento aprovado pela administração e AMA (R\$2.966,01 + OPME de R\$1.000,00).

Ass.: \_\_\_\_\_

Gilberto Junior

**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: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)