

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Maciel Scalco
Nº da Carteira: 13.3.3405
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/12/2007

Nº da Guia: 20429.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/09/2024	10:18:54	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno alega que no jogo de basquete ontem, a bola bateu no 2º quírodáctilo D, colocou a gelo a noite. Hoje procurou o serviço de enfermagem, alegando dor no local. Com presença de uma discreto hematoma, mas com edema em falange medial. Encaminhado para avaliação e conduta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas	29/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Dra Giuliana Fisioterapia Funcional Integrativa	Rodovia BR-101, Km 64	174 00	Corveta	(47) 9 9195-2910

Motivo do Retorno

10 sessões de fisioterapia mão direita a pedido do médico

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br