

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Celine de Souza Mendes
Nº da Carteira: 13.3.4522
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/10/2010 **Nº da Guia:** 20128.01

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/09/2024	11:07:22	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna estava descendo as escadas, tropeçou e torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Abreu de Oliveira	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Abreu de Oliveira	20/08/2024

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

Motivo do Retorno
Indicado 10 sessões de fisioterapia, motora + alongamento

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