

## 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:** 20128.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/09/2024	11:05:04	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

Grazielly Abreu de Oliveira

### Telefone

(44) 99932-0001

### Quem prestou primeiros socorros

Grazielly Abreu de Oliveira

### Data

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, analgésica

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)