

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Anderson Francisco Lins de Farias

**Nº da Carteira:** 13.3.4428

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 04/10/2007

**Nº da Guia:** 18390.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/07/2024	11:12:19	Quadra	Aula de educação física

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

## Partes do corpo

Pé Direito, Tornozelo Direito

## Descrição

Anderson foi chutar a bola e acabou chutando o pé do outro aluno. Acabou torcendo o tornozelo.

## Testemunha da ocorrência

Malton

## Telefone

(47) 3447-7442

## Quem prestou primeiros socorros

Renata

## Data

06/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

## Motivo do Retorno

Avaliação de Fisioterapia

Ass.:

  
Pr. Geazi Gomes de Oliveira  
Preceptor

**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)

Avaliação

01/08/24 → viny

**FISIO FORM**  
CNPJ: 85.283.992/0001-64