

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Milena Miranda Sattler
Nº da Carteira: 7.46.6112
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 18/08/2007

Nº da Guia: 16447.002

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 29/08/2024 | 15:06:01 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção | Joelho Esquerdo |

| Descrição |
|--|
| Aluna teve uma torção no joelho esquerdo, aonde o professor relatou que a patela saiu e voltou para o lugar. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|-----------------|
| Jardson Rocha | (48) 98876-0315 |

| Local de atendimento |
|-------------------------|
| Outro (Não Credenciado) |

| Motivo do Retorno |
|---|
| solicitação médica para continuidade de fisioterapia. |

Ass.: _____

Rogério Vidal de Almeida

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