

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Gabriel Maciel Scalco  
**Nº da Carteira:** 13.3.2654  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 10/12/2007

**Nº da Guia:** 14401.001

Naruto  
edit. Grazi



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	10:45:35	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: boia bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pescoço

**Descrição**  
O aluno levou uma bolada no rosto fazendo com que seu pescoço/cabeça virasse e em outros momentos acabou forçando. A dor não melhorou por completo e o aluno ainda se sente incomodado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 3447-7461

**Local de atendimento**  
Outro (Não Credenciado)

**Motivo do Retorno**  
Aluno com lesão de cervical, na época família optou por realizar o tratamento pelo plano de saúde, mas agora solicita a fisioterapia pelo seguro. Encaminho para avaliação da fisioterapia

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)

14/06/24 *Relevo*

**FISIOFORM**  
CNPJ: 85.283.992/0001-64