

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Monalisa Pereira Pampu  
**Nº da Carteira:** 2.33.5785  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



**Data de Nascimento:** 25/02/2007      **Nº da Guia:** 14038.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/01/2024	18:21:35	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
Durante a prática de atividade esportiva na quadra do colégio, a aluna sofreu uma torção e sentiu dor no joelho

Testemunha da ocorrência	Telefone
Larisa Guedes	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele Torino	18/10/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno
Após reavaliação médica, retorno para mais 10 sessões de fisioterapia. (Realizadas anteriormente, 10 sessões).

Ass.: \_\_\_\_\_

Lairton (Homologação)

**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)