

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Gabriel Fernando Oliveira Rodrigues  
**Nº da Carteira:** 13.3.2474  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 14/04/2007      **Nº da Guia:** 22111.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	12:05:18	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> )	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno recebeu um chute em seu tornozelo. De imediato sentiu dores e começou a inchar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	14/10/2024

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
10 sessões de 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: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)