

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:** 22111.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	12:04:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	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
Consulta de fisioterapia

Ass.: _____

Graziele 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 (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