

## 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:** 14401.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/11/2024	12:07:34	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola 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	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: 15.116.763/0004-12  
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)