

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Henrique Chaves Rodrigues
Nº da Carteira: 13.3.4495
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/04/2009

Nº da Guia: 18529.013

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/11/2024	13:04:59	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluno estava jogando basquete, mas acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque	11/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisioform Clínica de Fisioterapia e Reabilitação Ltda	Rua Pedro Mayerle	160	Anita Garibaldi	(47) 3433-6454

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br