

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Heloisa Vitória de Moraes  
**Nº da Carteira:** 7.46.5559  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 25/02/2010

**Nº da Guia:** 7086.003

| Data do Retorno | Horário  | Local        | Atividade            |
|-----------------|----------|--------------|----------------------|
| 04/08/2022      | 14:28:36 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Desmaio         | Cabeça          |

### Descrição

A aluna passou mal, ficando com muita dor de cabeça e vomitando.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Thiago José Jair Martins | (48) 98830-9594 |

| Local de atendimento                        | Endereço            | Nº   | Bairro    | Telefone       |
|---------------------------------------------|---------------------|------|-----------|----------------|
| HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS | Rua Manoel Loureiro | 1910 | Barreiros | (48) 3288-4100 |

### Motivo do Retorno

Autorização de remoção por ambulância para realização de tomografia.

Ass.:

Cláudia Marlete Barbosa Martins

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](mailto:portoalegre.clinicaadventista.org.br)