

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Pietro Lombardi Milano

**Nº da Carteira:** 3.26.8188

**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 20/02/2009

**Nº da Guia:** 15833.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	09:35:57	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

**Descrição**  
O alunos estava jogando futebol, quando chocou com outro colega, na dividida da bola, chocaram ambos os joelhos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Everton rei	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gabrielle	11/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVEMBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

**Motivo do Retorno**  
Exame solicitado pelo Dr. Adilson Seidi, Hospital Novo Mundo

Ass.:   
Keisy Christine Do Amaral

76.726.884/0016-04  
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA  
DE EDUCAÇÃO  
RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707  
PORTÃO - CEP 81070-090  
CURITIBA - PR

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)



## RECEITUÁRIO

PACIENTE: PEDRO EDUARDO ELIAS BUENO

EXAME:

RESSONANCIA MAGNETICA EM JOELHO ESQUERDO

DOR A ESCLARECER.

CID 25.5

CURITIBA 18/03/2024

---

DR. GUILHERME ANTONIO S. STRATMANN  
CRM 20141

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20141

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Lara Bonini de Souza

**Nº da Carteira:** 3.26.8837

**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 08/09/2009

**Nº da Guia:** 15920.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/03/2024	10:27:53	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

**Descrição**  
Aluno deslocou o joelho dentro da sala de aula. Recebeu atendimento no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Filipe (monitor)	(41) 3028-5430
Filipe (monitor)	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Filipe (monitor)	13/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVENBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

**Motivo do Retorno**  
Encaminhamento médico para o exame, feito pelo Dr. Alexandre Emrich Zanetti.

Ass.:

*Keisy Amaral*

Keisy Christine Do Amaral

76.726.884/0016-04  
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA  
DE EDUCAÇÃO

RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707  
PORTÃO - CEP 81070-790

CURITIBA - PR

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)

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Heltor Bonilha

Nº da Carteira: 2.37.7360

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 10/11/2015

Nº da Guia: 16170.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/03/2024	11:31:48	Na área do contra turno	Saída

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Tornozelo Direito

## Descrição

O aluno estava correndo, pisou em falso e torceu o tornozelo.

## Testemunha da ocorrência

Nailson

## Telefone

(41) 3051-8660

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Motivo do Retorno

O aluno precisou fazer um exame de ressonância.

Ass.:

Nailson Veras  
Coord. Disciplinar

Nailson Veras do Nascimento

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)

