

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Daniel Machado Soares
Nº da Carteira: 9.40.4532
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 15/12/2010

Nº da Guia: 16117.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/07/2024	09:28:13	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda

Descrição

Professora atendeu aluno que recebeu uma bolada na mão, e encaminhou ao setor disciplinar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	20/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno

Retorno 27/03/24 pois precisou retirar gesso.

Ass.: _____

Cristiano Morelles

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