AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Silveira de Oliveira
Nº da Carteirinha: 8.48.5307
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 05/03/2010 | **Nº da Guia:** 12046.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/06/2023	16:59:55	Quadra	Eventos esportivos (**Ex.: campeonatos**)

O que aconteceu	Partes do corpo
choque com a bola	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
trauma na mão esquerda após pancada em partida de futebol.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmen Denise	(53) 3225-4188

Local de atendimento
Outro (Não Credênciado)

Motivo do Retorno
ATENDIMENTO FEITO NO HOSPITAL MIGUEL PILTCHER

Ass.: _____

Thiago Braga De Freitas

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