

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gamaliel Belesi Soria
Nº da Carteirinha: 9.9.2663
Instituição: Escola Adventista de Ijuí

Data de Nascimento: 15/04/2014

Nº da Guia: 22923.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/02/2025	18:39:25	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
Estava jogando futebol caiu e bateu o rosto no chão, corte na testa

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cláudio de Camargo	(55) 3332-8604

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno
Atendimento referente á 14/11.

Ass.: _____

Aline Graciele Rosa Daluz

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