AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Mauricio Udll de Melo
Nº da Carteirinha: 9.44.11053
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon

Data de Nascimento: 16/10/2006 | **Nº da Guia:** 14287.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/11/2023	10:31:27	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Estava fazendo exercicio na educação física e torceu o dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paulo de Educação Física	(51) 3349-6600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitoria= Eduardo Mattos	31/10/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rua Professor Annes Dias	295	Centro Histórico	(51) 3214-8000

Motivo do Retorno
Por solicitação médica após avaliação deve colocar uma tala de zimmer

Ass.: _____

Luiz Felipe Rodrigues Arantes

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