

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Heloisa Vitória de Moraes
Nº da Carteira: 7.46.5559
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



Data de Nascimento: 25/02/2010 **Nº da Guia:** 7086.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/08/2022	12:05:31	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio	Cabeça

Descrição
A aluna passou mal, ficando com muita dor de cabeça e vomitando.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(48) 98830-9594

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIDADE CENTRO - UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Motivo do Retorno
A aluna precisa fazer Tomografia.

Ass.: _____
Thiago José Jair Martins

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gustavo Bilbao Soares da Silva
Nº da Carteira: 7.58.5883
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 15/04/2015 **Nº da Guia:** 7475.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/08/2022	13:51:41	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno e outra colega se chocaram na atividade da aula de educação física e o mesmo caiu e bateu a cabeça

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rodrigo	24/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Motivo do Retorno
O médico solicitou uma tomografia.

Ass.:

Rodrigo Corvalão

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