

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Matheus Henrique Chaves Rodrigues  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.4495  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 30/04/2009      **Nº da Guia:** 18529.008

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/10/2024	08:35:12	Pátio	Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> )

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluno estava jogando basquete, mas acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque	11/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno
Creatinina Sérica, Glicemia de Jejum, Hemograma ,Potássio Sérico, Sódio Sérico. Tempo de protrombina, Tempo de tromboplastina Parcial Ativa e Ureia

Ass.: \_\_\_\_\_

Grazielle Filgueiras

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)