

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** João Vitor Mendes Leonardo  
**Nº da Carteira:** 8.42.7023  
**Instituição:** Colégio Adventista de Porto Alegre



**Data de Nascimento:** 11/08/2008

**Nº da Guia:** 5863.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/04/2022	15:58:00	Ginásio	Aula de educação física

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

**Descrição**  
No dia 06/04/2022 o aluno estava jogando handebol e a bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Le Anderson Lima	(51) 3086-5050

Quem prestou primeiros socorros	Data
Le Anderson Lima	22/04/2022

**Local de atendimento**  
Outro (Não Credenciado)

**Motivo do Retorno**  
Encaminhado para avaliação pós cirúrgica.

Ass.: Tânise Signorini  
Tânise De Souza Signorini

87.115.838/0006-13  
COLÉGIO ADVENTISTA DE  
PORTO ALEGRE  
RUA CAMAQUÃ, 534  
CAMAQUÃ - CEP 91910-630  
PORTO ALEGRE - RS

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:**

15.116.763/0003-31  
Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290  
Telefone: (51) 3382-1200  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Tânise De Souza Signorini

1 de 1

23/05/2022

Rafael Leonardo