

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Mateus Cagnam de Castro
Nº da Carteirinha: 11.1.13202
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 21/12/2012

Nº da Guia: 23346.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	11:40:44	Piscina	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Monitor relata que aluno estava em aula na piscina, quando o mesmo foi trocar de roupa e bateu o 5º dedo da mão direita na pia do banheiro. Apresenta edema e pouca mobilidade. Relata dor intensa. Aplicado gelo terapia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kamila Vendler	(48) 99904-2938

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samanta	21/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorização de retorno com Dr. Ricardo José em 06/12/2024 às 08:15 da manhã.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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