

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Anelise Conterno da Silva  
**Nº da Carteirinha:** 9.40.2146  
**Instituição:** Escola Adventista de Cachoeirinha

**Data de Nascimento:** 30/10/2008

**Nº da Guia:** 15972.001



| Data do Retorno | Horário  | Local        | Atividade |
|-----------------|----------|--------------|-----------|
| 21/03/2024      | 16:44:22 | Sala de Aula | Saída     |

| O que aconteceu                                        | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> ) | Joelho Direito  |

| Descrição                                            |
|------------------------------------------------------|
| O colega na brincadeira bateu com o pé em sua perna. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Tatiane Sansonove        | (51) 99296-6814 |
| Tatiane Sansonove        | (51) 99296-6814 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Tatiane Sansonove               | 14/03/2024 |

| Local de atendimento                                                    | Endereço                      | Nº  | Bairro | Telefone       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|--------|----------------|
| Setrauma Serviços de Ortopedia e Traumatologia Ltda - NÃO ATENDE CABEÇA | Av. Frederico Augusto Rittter | 111 | City   | (51) 3470-4566 |

| Motivo do Retorno |
|-------------------|
| Retorno           |

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

Cristiano Morelles

**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)

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Daniel Machado Soares  
**Nº da Carteira:** 9.40.4532  
**Instituição:** Escola Adventista de Cachoeirinha

**Data de Nascimento:** 15/12/2010

**Nº da Guia:** 16117.001



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 09/07/2024      | 09:28:13 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                         | Partes do corpo |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> ) | Mão Esquerda    |

### Descrição

Professora atendeu aluno que recebeu uma bolada na mão, e encaminhou ao setor disciplinar.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Cristiano Morelles       | (51) 98479-1595 |
| Cristiano Morelles       | (51) 98479-1595 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Cristiano Morelles              | 20/03/2024 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

### Motivo do Retorno

Retorno 27/03/24 pois precisou retirar gesso.

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

Cristiano Morelles

**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)