

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Eduardo Henrique Sene Diniz

**Nº da Carteirinha:** 11.4.1643

**Instituição:** FAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 08/02/2000

**Nº da Guia:** 13278.006



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                          |
|-----------------|----------|---------|------------------------------------|
| 12/12/2023      | 22:13:02 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Direito  |

### Descrição

Aluno relata que estava jogando bola, ao dividir a bola com outro jogador, torceu o joelho D, sentiu uma dor intensa e uma fiscada.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Vitor Staut              | (65) 99682-2425 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Joserlania Pazette              | 10/09/2023 |

| Local de atendimento                                     | Endereço                | Nº   | Bairro     | Telefone       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|------|------------|----------------|
| Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA | Av. República Argentina | 4650 | Novo Mundo | (41) 3052-5600 |

### Motivo do Retorno

Conforme orientação da Enf. Letícia do AMA, retorno para procedimento cirúrgico no dia 14/12/2023 às 14h no Hospital Novo Mundo em Curitiba/PR

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

Gilberto Junior

**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: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)