

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ehros Valentino Valejos de Oliveira
Nº da Carteirinha: 12.2.10337
Instituição: Instituto Adventista Cruzeiro do Sul

Data de Nascimento: 15/08/2012

Nº da Guia: 19824.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	16:06:25	Sala de Aula	No período da aula .

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava em uma atividade na sala de aula e foi se deslocar do seu lugar ,virou o pé ao pisar no cadarço do tênis , ocasionando uma fratura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Queila Denis Rodolpho	(51) 99504-8739
Deives Cassiano Rodolpho	(51) 98158-3587

Quem prestou primeiros socorros	Data
Celia Damasceno	05/06/2024

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

Aluno encaminhado para fisioterapia, 10 sessões. Realizadas entre os meses de Julho a agosto de 2024.

Ass.: _____

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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