

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Arthur da Costa Oliveira  
**Nº da Carteira:** 13.3.4500  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 08/11/2016      **Nº da Guia:** 19031.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/07/2024	17:13:07	Parquinho do Kids	Recreação no parque

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura ( <b>Ex.: escada</b> )	Antebraço Direito

Descrição
O Aluno estava brincando no parquinho, escorregou e caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiane Almeida	47999250502
Yasmim de Medeiros	47999250502

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiane Almeida	26/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno
Reavaliação de cirurgia realizada.

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

Andre Luiz Rocha

**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)