

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Sophie Pereira de Lima  
**Nº da Carteirinha:** 5.81.238  
**Instituição:** Escola Adventista de Toledo

**Data de Nascimento:** 23/04/2017

**Nº da Guia:** 17523.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	10:01:14	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

## Descrição

A estudante estava em sala realizando as atividades, escorregou da cadeira e bateu o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Josiane Vitorino	(45) 99800-8701

Quem prestou primeiros socorros	Data
Amanda Adeyla Axevedo Dos Santos	07/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Motivo do Retorno

Autorização de retorno para avaliação médica 16/05/2024

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

Mauro Marcelo Francisco

**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)

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Miguel Beloto  
**Nº da Carteira:** 5.81.103  
**Instituição:** Escola Adventista de Toledo

**Data de Nascimento:** 10/03/2013

**Nº da Guia:** 16387.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	09:58:35	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno apertou o dedo no vão da porta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amanda Santos	(45) 99801-1506

Quem prestou primeiros socorros	Data
Amanda Santos	01/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
IOT Instituto de Ortopedia e Traumatologia Toledo Ltda	R. Bento Munhoz da Rocha Neto	154 1	Jardim La Salle	(45) 3055-4302

Motivo do Retorno
Autorização de retorno para avaliação médica 15/04/2024

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

Mauro Marcelo Francisco

**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)

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Miguel Beloto  
**Nº da Carteira:** 5.81.103  
**Instituição:** Escola Adventista de Toledo

**Data de Nascimento:** 10/03/2013

**Nº da Guia:** 16387.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	09:11:25	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno apertou o dedo no vão da porta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amanda Santos	(45) 99801-1506

Quem prestou primeiros socorros	Data
Amanda Santos	01/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
IOT Instituto de Ortopedia e Traumatologia Toledo Ltda	R. Bento Munhoz da Rocha Neto	1541	Jardim La Salle	(45) 3055-4302

Motivo do Retorno
Autorização de retorno para avaliação médica 08/04/2024

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

Mauro Marcelo Francisco

**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)