

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Oneida Estephanie Pierre Joseph
Nº da Carteira: 12.2.12036
Instituição: Instituto Adventista Cruzeiro do Sul

Data de Nascimento: 23/09/2008

Nº da Guia: 18523.001



| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|-----------------|----------|------------|-----------|
| 12/06/2024 | 12:40:40 | Refeitório | No jantar |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|-------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Dentes Superiores |

Descrição

A aluna interna relata que estava jantando no restaurante da escola, ao mastigar o alimento, sentiu um estalo e o dente se quebrar.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Bárbara | (51) 9786-2080 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--|----------|----|--------|-----------------------------------|
| Emergências Odontológicas Ama - Ligar Para (41) 3240-2918 ou (41) 99895-0157 | .. | 0 | 0 | (41) 3240-2918 (41) 99895-0157 |

Motivo do Retorno

A aluna recebeu o primeiro atendimento pela dental uni, que não teve continuidade do tratamento, pois não possui profissional disponível para o procedimento de extração, então dessa forma foi autorizado o reembolso.

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