

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Silveira de Oliveira
Nº da Carteira: 8.48.5307
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 05/03/2010

Nº da Guia: 12046



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/06/2023	14:59:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
choque com a bola	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
trauma na mão esquerda após pancada em partida de futebol.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmen Denise	(53) 3225-4188

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA	AV. ASSIS BRASIL	2827	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Observações
O aluno foi atendido por uma equipe de saúde que estava no local e encaminhado a unidade mais próxima

Ass.: _____

Lucas Cantos da Rosa

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Silveira de Oliveira
Nº da Carteira: 8.48.5307
Instituição: Escola Adventista de Pelotas

Data de Nascimento: 05/03/2010

Nº da Guia: 12046.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/06/2023	16:59:55	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
choque com a bola	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
trauma na mão esquerda após pancada em partida de futebol.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmen Denise	(53) 3225-4188

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno
ATENDIMENTO FEITO NO HOSPITAL MIGUEL PILTCHER

Ass.: _____

Thiago Braga De Freitas

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