

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.006

**Aluno:** Jonas Gouveia Bruno  
**Nº da Carteira:** 8.75.8239  
**Instituição:** Colégio Adventista de Viamão



**Data de Nascimento:** 23/10/2007

**Nº da Guia:** 25178.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	13:59:13	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
jogando na educação física

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Professora de Educação Física.	(00) 00000-0000

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Trauma Clinica -	Rua Isabel Bastos	175	Centro	(51) 99934-6856 (51) 3046-8500

Motivo do Retorno
Pedido medico de retorno.

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

Tânise De Souza Signorini

**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: 15.116.763/0003-31  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)