

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Taylor Gabriel da Silveira Dutra  
**Nº da Carteira:** 12.2.9324  
**Instituição:** Instituto Adventista Cruzeiro do Sul

**Data de Nascimento:** 27/05/2006

**Nº da Guia:** 14627



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2023	10:30:00	Ginásio	Olimpiadas

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	Olho Direito, Olho Esquerdo

Descrição
O aluno externo relata que estava jogando handebol, nas olimpíadas e o aluno referiu vertigem, adversário jogou a bola e bateu no rosto, parou de jogar no momento. referiu muita dor..

Testemunha da ocorrência	Telefone
Júlia Rossi	(51) 9619-0911

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno procurou atendimento devido ao mal estar que esta sentindo no olho, coceira vista embaçada e ardência. levado ao medico pelo pai. (oftalmologista)

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](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)