

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Nicollas Pecke Santos  
**Nº da Carteirinha:** 12.2.11894  
**Instituição:** Instituto Adventista Cruzeiro do Sul

**Data de Nascimento:** 25/01/2010

**Nº da Guia:** 16062



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2024	17:00:00	Dormitório ( <b>Ex.: residencial</b> )	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

## Descrição

O aluno relata que estava voltando do restaurante, correndo e estava chovendo, e então escorregou na rampa e caiu , levando a mão para trás para apoio. machucando o pulso. apresentou edema e dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Reginaldo	(51) 8106-8681

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Observações

Foi encaminhado ao hospital

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)