

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

**Aluno:** José Rúben Carvalho Golin  
**Nº da Carteira:** 9.44.9016  
**Instituição:** Colégio Adventista Marechal Rondon



**Data de Nascimento:** 19/10/2012

**Nº da Guia:** 27064.001

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade                         |
|-----------------|----------|--------|-----------------------------------|
| 11/04/2025      | 07:19:11 | Quadra | Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> ) |

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

## Descrição

O aluno levou um chute no braço direito, sentiu forte dor e inchou.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor                  | (51) 3349-6600 |

| Local de atendimento                                                           | Endereço         | Nº       | Bairro          | Telefone                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------------|----------------------------------|
| Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda ( Não Atende Trauma de Cabeça) | AV. ASSIS BRASIL | 282<br>7 | CRISTO REDENTOR | (51) 3341-1302<br>(51) 3363-5000 |

## Motivo do Retorno

Retorno.

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

Eduardo Marin de Mattos

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)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** José Rúben Carvalho Golin  
**Nº da Carteirinha:** 9.44.9016  
**Instituição:** Colégio Adventista Marechal Rondon

**Data de Nascimento:** 19/10/2012

**Nº da Guia:** 27064



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                         |
|--------------------|----------|--------|-----------------------------------|
| 04/04/2025         | 10:57:00 | Quadra | Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> ) |

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

## Descrição

O aluno levou um chute no braço direito, sentiu forte dor e inchou.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor                  | (51) 3349-6600 |

| Local de atendimento                                                           | Endereço         | Nº   | Bairro          | Telefone                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-----------------|----------------------------------|
| Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda ( Não Atende Trauma de Cabeça) | AV. ASSIS BRASIL | 2827 | CRISTO REDENTOR | (51) 3341-1302<br>(51) 3363-5000 |

## Observações

O aluno levou um chute no braço direito, sentiu forte dor e inchou.

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

Eduardo Marin de Mattos

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)