AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Mendes Leonardo
Nº da Carteirinha: 8.42.8464
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 25/02/2013 | **Nº da Guia:** 27245

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	08:24:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição
O aluno caiu durante a aula de futsal

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Celi	51 985836961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aline Carvalho	10/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rua Professor Annes Dias	295	Centro Histórico	(51) 3214-8000

Observações
O pai foi até a URGENTRAUMA no dia de ontem e hoje solicitou outra clínica para uma segunda opinião de especialista.

Ass.: _____

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

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