

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Hopfer Alves
Nº da Carteira: 2.11.5488
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 01/08/2008

Nº da Guia: 18830

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2024	10:20:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando bola e a bola bateu no dedo mindinho da mão esquerda. Neste momento está com pouca dor mas está inchado e um pouquinho torto. Estamos fazendo. Acredito que irá evoluir. Indico raio x.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3225-1920

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

O aluno relata que está bem mas ligamos para pai e informar a situação.

Ass.: _____

Deizi Danielli 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br