

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Lucas Ferreira Rocha
Nº da Carteira: 13.3.4391
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 02/05/2012 **Nº da Guia:** 29406

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2025	22:08:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição
O ALUNO AO PULAR NO ESPORTE , BASQUETE , CAIU DE MAU JEITO CAUSANDO TORÇÃO NO PE

Testemunha da ocorrência	Telefone
Samuel de OliveirA	(47) 98491-5782

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi GomeS	10/06/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O ALUNO FOI ATENDIDO PELO PRECEPTOR , COLOCADO GELO NO LOCAL MACHUCADO

Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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