

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Danilo Moisés de Sousa Galvão
Nº da Carteira: 13.3.5079
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/02/2010 **Nº da Guia:** 29836

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/06/2025	13:48:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava auxiliando o professor ontem a tarde na aula de educação física e ao cair chocou a parte superior da mão de forma brusca o chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edmilson	(51) 99977-5729

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edmilson	25/06/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações
O aluno foi atendido quando ocorreu o trauma, colocou gelo e no momento apresenta edema e hematoma no dedo anelar da mão esquerda. Encaminhado para avaliação médica

Ass.: _____

Graziele Filgueiras

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