

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Emanuel Torres Iora
Nº da Carteira: 13.3.5069
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 11/03/2011 **Nº da Guia:** 24519

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	13:43:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito, 2º Dedo Pé Direito

Descrição
o aluno bateu o dedo na porta ao se deslocar pelo quarto, ocasionando uma luxação (dedo entortou, Talvez tenha deslocado)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diogo da Mota de Lima	(47) 9601-1484

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

Observações
o aluno veio até a preceptoria carregado pelos colegas e nos contou como foi o ocorrido, foi dado gelo e entrado em comunicação com enfermeira e orientado a levá-lo pelo ama para atendimento

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