

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Lohan Pereira Aguiar Costa
Nº da Carteirinha: 13.3.4620
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 31/10/2009

Nº da Guia: 24412



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	14:24:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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 sofreu uma queda na na pratica de esportes, ao cair ele se apoiou sobre as mãos, torcendo o dedo mindinho esquerdo (dedo apresenta hematoma)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptor Geazi	(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 foi atendido pelo preceptor no local, sendo encaminhado para a preceptoria passou uma pomada anti inflamatória

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