

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiz Henrique Silva de Souza
Nº da Carteira: 13.3.3717
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 24/11/2007 **Nº da Guia:** 20950

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--|------------------|
| 12/09/2024 | 22:01:00 | Dormitório (Ex.: residencial) | dentro do quarto |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|--------------------|
| Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha) | Antebraço Esquerdo |

| Descrição |
|--|
| o aluno estava correndo no quarto quando pisou na vassoura que tem o cabo de ferro, caindo sobre a vassoura com a mão esquerda e ferindo o antebraço esquerdo na altura do pulso, com um corte profundo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|-----------------|
| Geazi Gomes de Oliveira | (44) 99907-4682 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Geazi Gomes de Oliveira | 12/09/2024 |

| 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 e contido o sangramento, encaminhado para avaliação medica. |

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