

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mickael Shiachticas Gonçalves  
**Nº da Carteira:** 7.46.4959  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Centro



**Data de Nascimento:** 19/01/2006      **Nº da Guia:** 5808

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/04/2022	14:05:00	Laboratório	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Cortou a mão	Mão Direita

**Descrição**  
O aluno estava no laboratório e ao fechar o vidro cortou a sua mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(49) 9828-2909

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thiago José Jair Martins	18/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

**Observações**  
O aluno precisou retornar ao hospital pois a cicatrização dos pontos está inflamada. Obs: Hospital não aceitou a guia de retorno.

Ass.:

Taisa Filgueiro Migliorini

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)** Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31  
Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290  
Telefone: (51) 3382-1200  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br