

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Jhonatan Ferreira da Silva  
**Nº da Carteira:** 13.3.4747  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 04/07/2009      **Nº da Guia:** 18611

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2024	11:12:00	Durante o período de Estágio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Pegando um caixa	Costas

**Descrição**  
Aluno ao pegar uma caixa, sentiu muitas dores na região torácica, Encaminhado para avaliação e conduta

Testemunha da ocorrência	Telefone
Moises	(47) 334-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Moises	13/06/2024

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

**Observações**  
Aluno ao pegar uma caixa, sentiu muitas dores na região torácica, Encaminhado para avaliação e conduta

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)