

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriel Kalfels Nunes  
**Nº da Carteira:** 13.3.3790  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 06/01/2008      **Nº da Guia:** 28711

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2025	16:07:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
aluno estava no recreio jogando basketete quando recebeu uma bolada na mão. teve muita dor e procurou atendimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Stefanie	(47) 99251-4494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Stefanie	23/05/2025

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

Observações
aluno foi atendido pela monitora e apos conduzido a clinica da escola. conduzido ao hospital dona Helena pelo transporte IAESC.

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](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)