

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Eliã Fernandes Ribeiro  
**Nº da Carteira:** 13.3.4853  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 10/02/2009      **Nº da Guia:** 28722

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/05/2025	11:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma ( <b>Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro</b> )	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição
O ALUNO VIROU O PE EM UMA PASSAGEM DE BOLA AO PISA NO PE DO COLEGA DE JOGO

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diogo MotA	(47) 99172-7466

Quem prestou primeiros socorros	Data
Diogo MotA	25/05/2025

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
O ALUNO SERA ATENDIDO PELO PLANO UNIMED

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)