

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gustavo Castro Moura  
**Nº da Carteira:** 13.3.5146  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 31/10/2010      **Nº da Guia:** 28758

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2025	15:45:00	Pátio	Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> )

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> )	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava no intervalo jogando quando se chocou com outro aluno, o que ocasionou a torção no dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sthefanny Oliveira Barbosa	(47) 99781-6491

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sthefanny Oliveira Barbosa	26/05/2025

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 pela monitora, foi colocado gelo no local e também pomada para torção.

Ass.: \_\_\_\_\_

Andre Luiz Rocha

**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)