

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Stuepp Ramos  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.4796  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 02/04/2010

**Nº da Guia:** 28875



| Data da Ocorrência | Horário  | Local            | Atividade                          |
|--------------------|----------|------------------|------------------------------------|
| 28/05/2025         | 16:27:00 | campo de futebol | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                        | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> ) | Pé Direito      |

| Descrição                                                     |
|---------------------------------------------------------------|
| O aluno estava jogando futebol quando colidiu com outro aluno |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Alcione Castro Teixeira  | (51) 99977-5729 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Alcione Castro Teixeira         | 28/05/2025 |

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

| Observações                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pela técnica de enfermagem e encaminhado para a unidade de referência para realizar avaliação |

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)