

# 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:** 27161

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2025	10:46:00	Pátio	Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> )

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

Descrição
A bola bateu no dedo e acabou jogando o dedo para trás

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alex	(47) 3447-7442

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

Observações
Ao observarmos que o aluno estava com muita dor encaminhamos para o pronto atendimento.

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)