

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Stefani Xavier
Nº da Carteira: 13.3.3531
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 06/11/2007 **Nº da Guia:** 25174

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/03/2025	21:32:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
o aluno estava no esporte , no volei e a bola bateu em cheio no dedao causando dor intensa no local atingido

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eliezer eli	(98) 4091-5782
Lucas	(49) 99905-0229

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel de Oliveira	13/03/2025

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
foi feito o pre atendimento com gelo e massagem no aluno

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br