

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gustavo Oliveira Albino  
**Nº da Carteira:** 13.3.3262  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 25/01/2007      **Nº da Guia:** 17393

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/05/2024	20:29:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> )	Olho Esquerdo

Descrição
No jogo de futebol, levou uma cotovelada do colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Samuel Augusto	(41) 99971-4114

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel Augusto	01/05/2024

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

Observações
Corte em baixo do olho por choque.

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)