

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Sophia dos Santos Burghera

**Nº da Carteira:** 7.205.32

**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça

**Data de Nascimento:** 15/10/2012

**Nº da Guia:** 5279



<b>Data da Ocorrência</b>	<b>Horário</b>	<b>Local</b>	<b>Atividade</b>	
17/03/2022	09:08:00	Ginásio	Aula de educação física	
<b>O que aconteceu</b>		<b>Partes do corpo</b>		
Queda de mesmo nível		Joelho Esquerdo		
<b>Descrição</b>				
Aluna estava em aula de educação física e caiu por cima do joelho e ficou com dor.				
<b>Testemunha da ocorrência</b>			<b>Telefone</b>	
Kassiane			(48) 3083-9450	
<b>Quem prestou primeiros socorros</b>			<b>Data</b>	
Orientadora Educacional - Vera Lúcia de Oliveira Marian			17/03/2022	
<b>Local de atendimento</b>	<b>Endereço</b>	<b>Nº</b>	<b>Bairro</b>	<b>Telefone</b>
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100
<b>Observações</b>				
O aluno foi atendido pela orientação e a mãe veio buscar e levar para o médico.				

Ass.: *Vera Lucia O. Marian*

Vera Lucia de Oliveira Marian

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31  
Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

