

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloisa Vitória de Moraes

Nº da Carteira: 7.46.5559

Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 25/02/2010

Nº da Guia: 4611



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2021	11:24:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio	Cabeça

Descrição
A aluna passou mal, vomitou, teve tonturas e dificuldades para respirar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Masculino Martins	+5548988309594

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
PA INFANTIL UNIDADE CENTRO - UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Madalena Barbi	204	Centro	(48) 3216-8222

Observações
A aluna foi atendida pelos monitores e a mãe foi contatada em sequência.

Ass.:

Thiago José Jair Martins

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

