

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Katherine Korc  
**Nº da Carteira:** 7.205.718  
**Instituição:** Colégio Adventista Palhoça



**Data de Nascimento:** 24/05/2016

**Nº da Guia:** 5319

| Data da Ocorrência                              | Horário  | Local                  | Atividade            |
|-------------------------------------------------|----------|------------------------|----------------------|
| 18/03/2022                                      | 14:45:00 | Pátio                  | Deslocamento interno |
| <b>O que aconteceu</b>                          |          | <b>Partes do corpo</b> |                      |
| Queda de mesmo nível                            |          | Rosto, Cabeça          |                      |
| <b>Descrição</b>                                |          |                        |                      |
| Aluna estava correndo no pátio e cortou a testa |          |                        |                      |
| <b>Testemunha da ocorrência</b>                 |          |                        | <b>Telefone</b>      |
| Giseli Raimundo                                 |          |                        | (48) 99935-1000      |
| <b>Local de atendimento</b>                     |          |                        |                      |
| Outro (Não Credenciado)                         |          |                        |                      |
| <b>Observações</b>                              |          |                        |                      |
| Pais vieram buscar para levar ao médico         |          |                        |                      |

Ass.:

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

