

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sthefany Simião Veiga
Nº da Carteira: 13.3.3954
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 12/06/2008

Nº da Guia: 27900

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--------------|------------------------------------|
| 30/04/2025 | 10:49:00 | Sala de Aula | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-------------------|
| Torção | Tornozelo Direito |

Descrição

ALUNA ESTAVA FAZENDO DEMOSTRAÇÃO DE COMO PASSAR EM UM CIRCUITO DE COORDENAÇÃO MOTORA E CAIU TORCENDO O PÉ.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|-----------------|
| Daiana | (44) 99932-0001 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Cristine | 30/04/2025 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento | | | | |

Observações

Enfermeira avaliou e encaminhou para atendimento medico

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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