

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Antonella Mousquer Teixeira  
Nº da Carteirinha: 6.61.2955  
Instituição: Colégio Adventista de Chapecó



Data de Nascimento: 29/04/2015

Nº da Guia: 10109

| Data da Ocorrência | Horário  | Local    | Atividade                        |
|--------------------|----------|----------|----------------------------------|
| 14/03/2023         | 12:50:00 | Corredor | Entrada acesso Educação Infantil |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Perna Direita   |

| Descrição                              |
|----------------------------------------|
| Calu no corredor, colegas em trânsito. |

| Testemunha da ocorrência            | Telefone     |
|-------------------------------------|--------------|
| Karine Evili Oliboni                | 49 9833-8339 |
| Bruna Elizabet Henrique de Oliveira | 49 8894-5439 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Karine Evili Oliboni            | 14/03/2023 |

| Local de atendimento   | Endereço               | Nº  | Bairro        | Telefone       |
|------------------------|------------------------|-----|---------------|----------------|
| AMU Atendimento Médico | Av. Licínio de Córdova | 202 | São Cristóvão | (49) 3323-7000 |

| Observações                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|
| A aluna foi atendida pela monitora Karine, choque da perna (Gelo no local) |

Ass.:

Marcos Cesar Barcarol



Marcos Barcarol  
Adm. Financeiro

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)