

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Carla Carolina Mendes Batista  
**Nº da Carteira:** 13.3.4562  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 11/08/2010      **Nº da Guia:** 18197

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	06:58:00	Piscina	Durante o período de Estágio

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Abdomen

Descrição
Escorregou na piscina e bateu a parte do tórax e abdômen a direita, em um desnível do chão. Levou uma bolada no rosto a direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Suelen	(47) 3447-7400
Preceptora Erenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermeira Grazielle	29/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HDH - Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Observações
Solicito avaliação e conduta médica.

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](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)