AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda dos Santos Fernandes
Nº da Carteirinha: 13.3.4435
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 12/05/2009 | **Nº da Guia:** 24317

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	15:40:00	Pátio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Rosto

Descrição
Aluna estava na hora do intervalo e foi acertada por uma bola de vôlei na cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kerolayne Viana da Silva	(41) 99553-8912
Kerolayne Viana da Silva	(41) 99553-8912

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kerolayne Viana da Silva	17/02/2025

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

Observações
Aluna com muita dor na cabeça , encaminhada para avaliação 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 (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