

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isadora da Luz Ramos
 Nº da Carteira: 9.77.1396
 Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul
 Data de Nascimento: 08/01/2007

Nº da Guia: 3817



Data da Ocorrência

Horário

Local

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Rosto

Partes do corpo

Descrição

2 alunas em atividade da aula de educação física se chocaram onde a parte atingida foi o nariz.

Testemunha da ocorrência

Marcelo Professor de Ed. Física

Telefone

(54) 3238-2388

Quem prestou primeiros socorros

Karine Coordenadora

Data

03/09/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

(54) 2101-0000
 (54) 98115-3698

Jardim América

General Arcy da Rocha Nobrega

421

Observações

Em contato com a mãe foi explicado a intercorrência e sugerido encaminhar para o atendimento no hospital do Círculo. A mãe encaminhou para uma UPA e posteriormente foi para o hospital onde teve o atendimento via AMA.

Ass.:

[Assinatura]

Débora Nali R. Vidor

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
 assistência@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Débora Nali R. Vidor

1 de 1

2/02/2022 13:38