

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Manuella Reinheimer Vidor
 Nº da Carteira: 9.77.2127
 Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul
 Data de Nascimento: 13/11/2006
 Nº da Guia: 3836

Data da Ocorrência: 15/09/2021
 Horário: 11:30:00
 Local: Quadra
 Atividade: Aula de educação física

O que aconteceu: Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)
 Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição: A aluna estava participando da aula de educação física, treinamento de passe, quando a aluna recebeu um passe e a bola bateu no dedo na parte superior o que ocasionou a quebra do mesmo.

Testemunha da ocorrência

Marcelo Mendonça

Telefone

(54) 98142-9877

Quem prestou primeiros socorros

Data

15/09/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital do Círculo

General Arcy da Rocha Nobrega

421

Jardim América

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora e foi levada a UPA da cidade e posteriormente foi encaminhada para o hospital do círculo.

Ass.: *Debora Nali R. Vidor*

Debora 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

secretariamedica@clinicaadventista.org.br / portualagrec@clinicaadventista.org.br