

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabel Vieira de Souza
Nº da Carteira: 7.58.4134
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 21/08/2007

Nº da Guia: 3810

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 04/08/2021 | 11:30:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|--------------------|
| Torção | Antebraço Esquerdo |

Descrição

Durante a aula de educação física na atividade de voleiball, sofreu uma queda, caindo sobre o antebraço esquerdo vindo a lesionar (torção) no punho esquerdo. causando dor e inchaço no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------------|----------------|
| Professora Francielle | (48) 3039-8100 |
| Coordenador Disciplinar Marlon | (48) 3039-8100 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Coordenador Disciplinar Marlon | 04/08/2021 |

| Local de atendimento |
|-------------------------|
| Outro (Não Credenciado) |

| Observações |
|--|
| O coordenador Marlon, prestou o primeiro atendimento colocando gelo no local lesionado, entrou em contato com os pais, como a dor e o inchaço continuaram os pais vieram buscar a aluna para encaminhar a uma clínica médica para consulta e exames. |

Ass.:

Arno Silveira
Téc. Assistente

JUVENAL ARNO SILVEIRA

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br