

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Mickael Shiachticas Gonçalves
Nº da Carteira: 7.46.4959
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Centro

Data de Nascimento: 19/01/2006

Nº da Guia: 5808.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/04/2022	14:05:00	Laboratório	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Cortou a mão	Mão Direita

Descrição
O aluno estava no laboratório e ao fechar o vidro cortou a sua mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thiago José Jair Martins	(49) 9828-2909

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thiago José Jair Martins	18/04/2022

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno
Autorizado avaliação do especialista de mão para a clínica CORE após indicação do Angiologista que fez os procedimentos cirurgicos no hospital da UNIMED.

Ass.: _____

Lairton Carpes - Teste

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