

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Pedro Octavio Morastico da Cruz
Nº da Carteirinha: 3.6.7634
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 19520.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/08/2024	08:37:38	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Olho Esquerdo

Descrição

O aluno pediu que um colega jogasse a bola para ele, porém ao desviar, acabou se abaixando e virando a cabeça para o lado. Não viu que outro colega passava correndo por trás e acabou batendo o olho esquerdo na região da cintura do colega. Foi encaminhado ao ambulatório com um leve inchaço e vermelhidão na lateral do olho esquerdo.

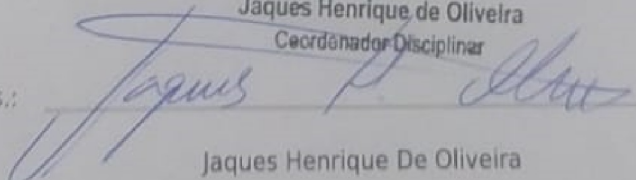
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	01/08/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

Responsável nos informa que houve solicitação médica no dia 02/08/2024, para que encaminhe o aluno ao Hospital dos Olhos.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

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