AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Buzzi Ramos
Nº da Carteirinha: 7.205.319
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 19/04/2007 | **Nº da Guia:** 5268.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/03/2022	12:21:00	Sala de Aula	Briga

O que aconteceu	Partes do corpo
Briga entre colega	Olho Esquerdo, Rosto, Cabeça, Lábios

Descrição
Briga entre colega em sala de aula

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago Moura- Professor	(48) 3083-9450
Fernando - Monitor	(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fernando	16/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Motivo do Retorno
Autorização para Tomografia de Cranio e Tomografia de órbita.

Ass.: Débora P. B. P.

Debora Pacheco Batista Pereira

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