

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Silva Lesina Cezar
Nº da Carteirinha: 8.74.3063
Instituição: Escola Adventista de Santa Cecília

Data de Nascimento: 19/02/2016

Nº da Guia: 19698



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2024	15:09:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Gengiva, Lábios, Dentes Superiores

Descrição

O aluno estava brincando durante o recreio e, ao correr, não percebeu e bateu no pilar do pátio, machucando a boca. percebeu-se que o aluno quebrou os dois dentes da frente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Francieli Silva	(51) 3493-1967

Quem prestou primeiros socorros	Data
Francieli Silva	24/06/2024

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido pela monitora que fez contato com a família. A família levou imediatamente o aluno para avaliação e atendimento odontológico.

Ass.: _____

Tânise De Souza Signorini

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: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br