

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Enzo Clumachevitz

Nº da Carteirinha: 3.27.3933

Instituição: Colégio Adventista Telêmaco Borba - EIEFM

Data de Nascimento: 20/03/2007

Nº da Guia: 3682.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/08/2021	10:08:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

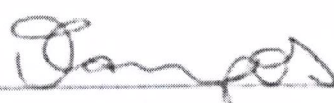
Estava no intervalo jogando futebol e na divisão da bola o colega chutou seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa	(42) 99835-8641

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Moura Ltda	Av. Chanc. Horácio Laffer	116	Centro	(42) 3127-4124 (42) 3127-4118

Motivo do Retorno

Após a cirurgia o médico solicitou um retorno para tirar um raio X e verificar se ocorreu a cicatrização do osso.

Ass.: 
Patricia Da Costa Da Motta

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, 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 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br