

# Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: João Vitor Crispin Martins		Nº DA MATRÍCULA: 2550	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação		TELEFONE: 30169205	
ENDEREÇO: Roberto Brezezinski 1509		CIDADE: Campo Mourão	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 10/08/2021	NATUREZA DO ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> BRIGA <input type="checkbox"/> CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO <input type="checkbox"/> CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA <input type="checkbox"/> CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> TORÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> TRAUMA COM BOLA  <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS QUAL? Deslocamento do ombro	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: <input type="checkbox"/> ATLETISMO <input type="checkbox"/> CAMA ELÁSTICA <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO <input type="checkbox"/> EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> GINÁSTICA OLÍMPICA <input type="checkbox"/> JOGO DE BASQUETE <input type="checkbox"/> JOGO DE FUTEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE HANDEBOL <input type="checkbox"/> JOGO DE VOLEY <input type="checkbox"/> NATAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 15h30			
LOCAL ONDE OCORREU: No patio no intervalo			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:  O aluno João estava na no intervalo jogando volei, e acabou batendo na bola de mal jeito, deslocando o ombro.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:  Claudinei		TELEFONE:  30169205	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? Claudinei			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: Mesmo dia			
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: COT			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br