

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Nicoli Scopel
Nº da Carteira: 7.58.3728
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito



Data de Nascimento: 22/02/2010

Nº da Guia: 4950.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/02/2022	10:12:00	Quadra	ESCOLINHA DE BASQUETE A NOITE

O que aconteceu	Partes do corpo
BATIDA DA BOLA NO DEDO	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna machucou o dedo na escolinha de basquete ontem a noite ,a menina foi para casa e no outro dia de manhã o dedo ficou roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Coordenador Marlon	(48) 3039-8100

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Marlon	18/02/2022

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

Motivo do Retorno
A aluna precisa retornar para verificação do seu dedo depois de 15 dias. Local hospital da UNIMED


Marlon Rochadel da Silva
Coordenador de Disciplina

Ass.: _____

MARLON ROCHADEL DA SILVA

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

