



INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:

DATA DA OCORRÊNCIA: ____/____/____	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 type="checkbox"/> OUTROS QUAL?	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 type="checkbox"/> RECREIO <input type="checkbox"/> SALA DE AULA <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL?
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA:		
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, A OCORRÊNCIA, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

PESSOAS QUE PRESENCIARAM A OCORRÊNCIA:	
NOME:	TELEFONE:
NOME:	TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:
____/____/____

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAC):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS)