



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE: () ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO () CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA () QUEDA () TORÇÃO () TRAUMA () TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: () ATLETISMO () CAMA ELÁSTICA () DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO () EDUCAÇÃO FÍSICA () GINÁSTICA OLÍMPICA () JOGO DE BASQUETE () JOGO DE FUTEBOL () JOGO DE HANDEBOL () JOGO DE VOLEY () NATAÇÃO () RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)