

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Pedro Moura Chiconelli  
**Nº da Carteira:** 7.58.4368  
**Instituição:** Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

**Data de Nascimento:** 06/07/2011      **Nº da Guia:** 5365

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/03/2022	16:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

**Descrição**  
O aluno durante a aula de educação física, torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Taissa	(48) 3039-8100

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

**Observações**  
O aluno foi atendido pelo monitor do Colégio Adventista CAF-E e encaminhado para o hospital de referencia Unimed. Tentamos contato com o responsável via ligação e whatsapp.

**Marlon Rochadel da Silva**  
Coordenador de Disciplina

Ass.:

*Taissa*

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

