# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** João Gabriel de Freitas Machado
**Nº da Carteirinha:** 2.21.3124
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá

**Data de Nascimento:** 24/05/2012 **Nº da Guia:** 13412

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 18/09/2023 | 10:08:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Torção | Pé Esquerdo |

**Descrição**

Aluno torceu o pé esquerdo

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Professor de Educação Física | (34) 27-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| William | 18/09/2023 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|---|---|---|---|---|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

**Observações**

aluno torceu o pé esquerdo

Ass.:

Lucas Milet Chemure da Silva

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:** https://sistemas.usb.org.br/ama **(para prestadores) ou E-mail:** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br **(não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br