

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Andryck Abrhaão Silva Cardoso  
**Nº da Carteira:** 5.20.3494  
**Instituição:** Colégio Adventista de Foz do Iguaçu

**Data de Nascimento:** 02/12/2006

**Nº da Guia:** 6829

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/06/2022	13:24:00	Sala de Aula	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Dentes Superiores

## Descrição

Aluno tropeçou, caiu e quebrou o dente.

## Testemunha da ocorrência

Edson Carlos da Silva

## Telefone

4540539676

## Quem prestou primeiros socorros

Edson Carlos da Silva

## Data

30/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Observações

O aluno foi atendido e sem necessidade de emergência será encaminhado para um dentista, pois o dente foi ofendido.

**Lariane N. Souza**  
**Secretária Escolar**  
**Ato 02/2021**

Ass.: \_\_\_\_\_

Lariane Souza

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, 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: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br