

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaella Ramos Oliveira
Nº da Carteira: 13.3.4250
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 20/02/2010 **Nº da Guia:** 25400

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--------|---|
| 20/03/2025 | 10:16:00 | Quadra | Aula de educação física das crianças onde ela é monitora de uma turma |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|------------------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda |

| Descrição |
|--|
| A aluna estava auxiliando na aula de educação física das crianças ontem dia 19/03 e recebeu uma bola de basquete de uma das crianças batendo contra o dedão da mão esquerda. Aluna sentindo muita dor no dedo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|-----------------|
| Erenice Araújo | (47) 99773-0494 |
| Erenice Araújo | (47) 99773-0494 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------|--------------|-----|--------|----------------------------------|
| HDH - Hospital Dona Helena | Rua Blumenau | 123 | Centro | (47) 3451-3333 (47) 3451-3365 |

| Observações |
|--|
| Aluna continua sentindo muita dor e por isso está sendo encaminhada para avaliação médica. |

Ass.: _____

Erenice Pereira De Araujo

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