

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

PROTOCOLO: CDI.09/2022 495670

Seq protocolo: (495670)

Tipo protocolo: CDI

Documento convênio:

Nota fiscal:

Período de 01/09/2022 00:00:00 até 30/09/2022 00:00:00

Blumenau, 123 - Joinville - SC

CNPJ: 8469405000167 - Inscr. Est.: ISENTO - Fone: 34513333

Atend.	Paciente	Nº guia	Matrícula	Refer	Data início	Data final	Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
	Senha	Autorizador			Data início	Data final							
7805393	Gabriel dos Santos Arzum		6684462	10/22	13/09/22 14:33	13/09/22 19:23		801,88	0,00	0,00	0,00	0,00	801,88
7817625	Luisa Emanueli Zibell		6685212	10/22	21/09/22 10:08	21/09/22 10:30		106,13	0,00	0,00	0,00	0,00	106,13
7842850	Luisa Emanueli Zibell		6685212	10/22	06/10/22 14:01	06/10/22 14:17		801,88	0,00	0,00	0,00	0,00	801,88
7852909	Isaque Gomes de Oliveira		1332916	10/22	13/10/22 14:44	13/10/22 15:33		410,81	0,00	0,00	0,00	0,00	410,81
Total do protocolo							4/4	2.120,70	0,00	0,00	0,00	0,00	2.120,70



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 7.805.393

Nº IC: 7.653.552

Paciente:

Gabriel dos Santos Arzum

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

6684462

Categoria:

Básico

Prontuário: 1263211

Data Entrada: 13/09/2022 14:33:59

Data Saída: 13/09/2022 19:23:59

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Felipe Neves Campos

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: Não Informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2022

Origem:

Dt.Conta: 16/09/22 14:01

Dt.Inicial: 13/09/22 14:33

Dt.Final: 13/09/22 19:23

Refer: 31/10/22

Título:

Protocolo: CDI.09/2022 495670

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	13/09/2022	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	101,00	700,88	801,88
Total - Ressonância Magnética -				1,00	101,00	700,88	801,88
Total de Sadt				1,00	101,00	700,88	801,88

Total geral

801,88

1 - Registro ANS 000000 3 - Nº Guia Principal 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira 6684462 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 30/12/2022 11 - Nome Gabriel dos Santos Arzum 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167 14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE 15 - Código do CNES 2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante Felipe Neves Campos 17 - Conselho Profissional CRM 18 - Número no Conselho 20308 19 - UF SC 20 - Código CBO 653

21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Cartão da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência 23 - CID 10 S835 24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) DISTENSÃO DO LCA ESQUERDO

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 41101316 27 - Descrição RM de Joelho 28 - Qt.Solic. 1 29 - Qt.Autoriz. 1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado 32 - TI 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento 36 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 37 - Nome do Contratado 38 - TI 39 - 40 - 41 - Logradouro - Número - Complemento 42 - Conselho Profissional

43 - Tipo Atendimento 44 - Tipo Atendimento 45 - Tipo Atendimento 46 - Tipo Atendimento 47 - Indicação de Acidente 48 - Conselho Profissional

49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença 51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - Hora final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 -

58 - Data e assinatura de procedimento em série 59 - Data e assinatura de procedimento em série 60 - Data e assinatura de procedimento em série 61 - Data e assinatura de procedimento em série 62 - Data e assinatura de procedimento em série 63 - Data e assinatura de procedimento em série 64 - Data e assinatura de procedimento em série 65 - Data e assinatura de procedimento em série 66 - Data e assinatura de procedimento em série 67 - Data e assinatura de procedimento em série 68 - Data e assinatura de procedimento em série 69 - Data e assinatura de procedimento em série 70 - Data e assinatura de procedimento em série 71 - Data e assinatura de procedimento em série 72 - Data e assinatura de procedimento em série 73 - Data e assinatura de procedimento em série 74 - Data e assinatura de procedimento em série 75 - Data e assinatura de procedimento em série 76 - Data e assinatura de procedimento em série 77 - Data e assinatura de procedimento em série 78 - Data e assinatura de procedimento em série 79 - Data e assinatura de procedimento em série 80 - Data e assinatura de procedimento em série 81 - Data e assinatura de procedimento em série 82 - Data e assinatura de procedimento em série 83 - Data e assinatura de procedimento em série 84 - Data e assinatura de procedimento em série 85 - Data e assinatura de procedimento em série 86 - Data e assinatura de procedimento em série 87 - Data e assinatura de procedimento em série 88 - Data e assinatura de procedimento em série 89 - Data e assinatura de procedimento em série 90 - Data e assinatura de procedimento em série 91 - Data e assinatura de procedimento em série 92 - Data e assinatura de procedimento em série 93 - Data e assinatura de procedimento em série 94 - Data e assinatura de procedimento em série 95 - Data e assinatura de procedimento em série 96 - Data e assinatura de procedimento em série 97 - Data e assinatura de procedimento em série 98 - Data e assinatura de procedimento em série 99 - Data e assinatura de procedimento em série 100 - Data e assinatura de procedimento em série

HOSPITAL DONA HELENA
Ressonância Magnética - CDI
ID Paciente: 1667461
Paciente: Gabriel dos Santos Arzum
Nome Social: 1263211
Prontuario: 1263211
Idade: 15a 1m
Dt. Nascimento: 27/07/2007
Resultado a partir de: 16/09/2022 17:00:00
Dt. Solic.: 13/09/2022 14:34:54
Dt. Nascimento: 27/07/2007
*Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10627805393 e senha: 0N00E2(Matúscula)
N. Exame RM de Joelho Lado Ac. Number E 16955312

65 - Total Procedimentos R\$ 66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 67 - Total Materiais R\$ 68 - Total Medicamentos R\$ 69 - Total Diárias R\$ 70 - Total Gases Medicinais R\$ 71 - Total Geral da Guia R\$

88 - Data e Assinatura do Solicitante 87 - Data e Assinatura de Responsável pela Autorização 89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 90 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 80 20608 RQE 14639 FCO 15115

Dr. Gabriel dos Santos Arzum

Dr. Gabriel dos Santos Arzum

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel dos Santos Arzum

Nº da Carteira: 6.68.4462

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 27/07/2007

Nº da Guia: 7781.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/09/2022	14:39:01	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Estava na aula de educação física jogando handebol, caiu e machucou o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Levi	(47) 98854-5111
Professor Leandro	(47) 98854-5111

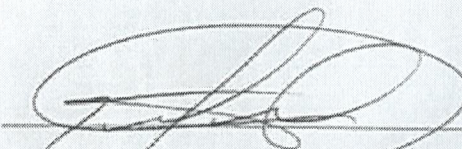
Quem prestou primeiros socorros	Data
Levi	09/09/2022

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

Motivo do Retorno

Pedido de RM de joelho pelo médico

Ass.:


Renato Wandscheer Fritsche

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



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 7.817.625
Nº IC: 7.669.957

Paciente:

Luisa Emanuelli Zibell

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

6685212

Categoria:

Básico

Prontuário: 1282480

Data Entrada: 21/09/2022 10:08:30

Data Saída: 21/09/2022 10:30:20

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Helena Elisa Stein

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clínica:

CID Princ.:

Guia: Não Informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2222

Origem:

Dt.Conta: 22/09/22 16:16

Dt.Inicial: 21/09/22 10:08

Dt.Final: 21/09/22 10:30

Refer: 31/10/22

Título:

Protocolo: CDI.09/2022 495670

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ultrassom							
1	21/09/2022	40901220	Articular (Por Articulação)	1,00	8,59	97,54	106,13
Total - Ultrassom -				1,00	8,59	97,54	106,13
Total de Sadt				1,00	8,59	97,54	106,13

Total geral

106,13

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					

Dados do Beneficiário	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira	BÁSICO	30/12/2022	Luisa Emanuel Zibell	
6686212				

Dados do Contratado Solicitante	14 - Nome do Contratado	15 - Código do CNES	16 - Nome do Profissional Solicitante
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	2521385	Helena Elisa Stein
8469405000167			

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
21 - Data/Hora da Solicitação	E - Eletiva U - Urgência / Emergência	S936	entorse de repetição no tornozelo direito

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Ql. Solic.	29 - Ql. Autoriz.
1	40901220	USG de Tornozelo	1	1

2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF								

40a - Código na operadora / CPF do exec. co	41 - Número no Conselho	42 - UF	43 - Código CBO S	44a - Grau de Participação

Dados do atendimento	46 - Tipo Atendimento	47 - Tipo de saída	48 - Tipo de saída	49 - Tipo de Doença
01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia			

Consultas Referência	50 - Tei	51 - Data	52 - Hora inicial a 6	53 - Data e assinatura de procedimentos

Procedimentos e Exames Realizados	54 - Observação	55 - Data	56 - Hora inicial a 6	57 - Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

63 - Data e assinatura de procedimentos	64 - Observação	65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$

66 - Total Procedimentos R\$	67 - Total Taxas e Aluguéis R\$	68 - Total Materiais R\$	69 - Total Medicamentos R\$	70 - Total Diárias R\$	71 - Total Gases Medicinais R\$	72 - Total Geral da Guia R\$

67 - Data e Assinatura do Solicitante	68 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	69 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Data e Assinatura do Prestador Executante

68 - Data e Assinatura do Solicitante	69 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Data e Assinatura do Prestador Executante

69 - Data e Assinatura do Solicitante	70 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	71 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Data e Assinatura do Prestador Executante

70 - Data e Assinatura do Solicitante	71 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	73 - Data e Assinatura do Prestador Executante

71 - Data e Assinatura do Solicitante	72 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Data e Assinatura do Prestador Executante

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luisa Emanuelli Zibell
Nº da Carteira: 6.68.5212
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau



Data de Nascimento: 10/05/2010

Nº da Guia: 7477.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/09/2022	08:11:30	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava jogando handbol quando em uma corrida acabou torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Leandro	(47) 99937-5244

Quem prestou primeiros socorros	Data
Renato w. Fritsche	24/08/2022

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

Motivo do Retorno

Solicitação médica: exame USG de tornozelo

Ass.:

Renato Wandscheer Fritsche

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



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 7.842.850

Nº IC: 7.705.671

Paciente:

Luísa Emanueli Zibell

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

6685212

Categoria:

Básico

Prontuário: 1282480

Data Entrada: 06/10/2022 14:01:45

Data Saída: 06/10/2022 14:17:26

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Helena Elisa Stein

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clínica:

CID Princ.:

Guia: Não Informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2222

Origem:

Dt.Conta: 10/10/22 11:29

Dt.Inicial: 06/10/22 14:01

Dt.Final: 06/10/22 14:17

Refer: 31/10/22

Título:

Protocolo: CDI.09/2022 495670

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	06/10/2022	41101308	Pé (Antepé) - Não Inclui Tornozelo	1,00	101,00	700,88	801,88
Total - Ressonância Magnética -				1,00	101,00	700,88	801,88
Total de Sadt				1,00	101,00	700,88	801,88

Total geral

801,88

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 6685212	9 - Plano BÁSICO	10 - Validade da Carteira 30/12/2022	11 - Nome Luisa Emanuel Zibell	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	-----------------------------------	---------------------	---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES 2521385
---------------------------------	--	---	---	--------------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante Helena Elisa Stein		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 10359	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caráter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 M255	24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) dor anterior no pé D após atividades físicas
---	--	-------------------------------	---	---------------------	---

25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento 41101308	27 - Descrição RM de Pé	28 - Qx.Solic. 1	29 - Qx.Autoriz. 1
------------------	---	----------------------------	---------------------	-----------------------

3	4	5	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
---	---	---	---------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

Dados do Contratado		30 - Código na Oper	31 - Data	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
---------------------	--	---------------------	-----------	---------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

41a - Código na oper		Presc: 10615920		42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação
----------------------	--	-----------------	--	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

HOSPITAL DONA HELENA
Ressonância Magnética - CDI
7842850

46 - Tipo Atendimento
01 - Remoção
Paciente: 1691736
Nome Social: Luisa Emanuel Zibell
Prontuario: 1282480
Dt. Solic.: 06/10/2022 14:04:13
Dt. Nascimento: 10/05/2010
Idade: 12a 4m
Resultado a partir de: 11/10/2022 15:00:00

49 - Tipo de Doença
*Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo:10627842850 e senha:4YCG618(Maiuscula)

Procedimentos e Exa
51 - Data
N. Exame
RM de Pé
Lado Ac. Number
D 17021084

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

63 - Data e assinatura	64 - Observação	65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
------------------------	-----------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luisa Emanuelli Zibell
Nº da Carteirinha: 6.68.5212
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguauçu



Data de Nascimento: 10/05/2010

Nº da Guia: 7477.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/09/2022	08:04:45	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava estava jogando handbol quando em uma corrida acabou torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Leandro	(47) 99937-5244

Quem prestou primeiros socorros	Data
Renato w. Fritsche	24/08/2022

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

Motivo do Retorno
Solicitação médica de RM de pé.

Ass.:

Renato Wandscheer Fritsche

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



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ:84694405000167 - Inscr.Est.:ISENTO - Fone:34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 7.852.909
Nº IC: 7.719.960

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matricula:
Isaque Gomes de Oliveira	Escola Adventista	1332916
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 1275256 Data Entrada: 13/10/2022 14:44:15 Data Saída: 13/10/2022 15:33:27 Motivo Alta: 4 Alta médica
Médico: Marcelo Andres Acevedo Toro Tipo Atend.: 7 - CDI
Espec/Clinica:

CID Princ.:
Guia: Não Informada Senha: Val. Carteira: 31/12/2022 Origem:

Dt.Conta: 18/10/22 13:36 Dt.Inicial: 13/10/22 14:44 Dt.Final: 13/10/22 15:33 Refer: 31/10/22
Título: Protocolo: CDI.09/2022 495670

Sadt	Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
				Tomografia Computadorizada				
	1	13/10/2022	41001036	Face Ou Seios Da Face	1,00	25,25	385,56	410,81
				Total - Tomografia Computadorizada -	1,00	25,25	385,56	410,81
				Total de Sadt	1,00	25,25	385,56	410,81

Total geral 410,81

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 30/12/2022	11 - Nome Isaque Gomes de Oliveira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---------------------	---	---------------------------------------	---

Dados do Contratado Solicitante	13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	15 - Código do CNES 2521385
---------------------------------	---	---	--------------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante Marcelo Andres Acevedo Toro	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 23052	19 - UF SC	20 - Código CBO 654
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 S022	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) TRAUMATISMO NASAL, LATERORRINEA
---	-------------------------------	--	---------------------	---

25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento 41001036	27 - Descrição Tomografia de Seios da Face	28 - Qt. Solic. 1	29 - Qt. Autoriz. 1
------------------	---	---	----------------------	------------------------

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
---------------------------------------	-------------------------	---------	--	----------------	---------	----------------	----------	------------------

40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46a - Grau de Participação
---	---	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------	----------------------------

Dados do atendimento	46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída
----------------------	-----------------------	----------------------------	--------------------

01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho
--------------	-----------------------	---------------	---------------	------------	-----------------------------	--

Consulta Referência	49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
---------------------	---------------------	----------------------	-----------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

63 - Data e assinatura de procedimentos em série	64 - Observação	65 - Total Procedimentos R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Medicinais R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
--	-----------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------

66 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prestador Executante
---------------------------------------	--	---	--

Dr. Marcelo Acevedo Toro
Médico - Otorrinolaringologista
CRM-SC-23.052/RQE 13.967

Isaque Gomes de Oliveira

Marcelo T

CATE 1567

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isaque Gomes de Oliveira

Nº da Carteirinha: 13.3.2916

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 18/06/2006

Nº da Guia: 6373.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	14:55:11	Ginásio	Jogos das Olimpíadas

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição

O aluno estava jogando basquete - jogos das olimpíadas na escola quando o colega sem querer deu uma cotovelada em seu nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque Assis	(47) 99773-0526

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque Assis	29/05/2022

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

Motivo do Retorno

Retorno autorizado para realização de tomografia avaliativa. Data do exame dia 13/10/2022, às 14:00. Mãe realizou o agendamento junto ao médico.

Ass.:

Syendra Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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