

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
Escola Adventista

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENTO - Fone: 34513333

Período de 06/10/2023 00:00:01 até 06/10/2023 23:59:59

PROTOCOLO: 563381
Seq protocolo: (563381)
Tipo protocolo: CDI
Documento convênio:
Nota fiscal:

Atend. Paciente	Nº guia		Matrícula	Refer		Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
	Senha	Autorizador		Data Inicio	Data final							
8484424	Felipe Specort da Costa	12565006	1332735	10/23	16/10/23	16/10/23	497,08	0,00	0,00	0,00	0,00	497,08
8460703	Luiz Fabiano Delmonego Correa	13582001	1332906	10/23	30/09/23	30/09/23	142,18	0,00	0,00	0,00	0,00	142,18
Total do protocolo				2/2			639,26	0,00	0,00	0,00	0,00	639,26

Escola Adventista GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT 2 - Nº 12565005

Atend.: 8467750
Conta:

V.2.0A

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 1332735 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 31/12/2023 11 - Nome Felipe Specort da Costa 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 Vitor Guslavo de Paiva Corrotti 17 - Conselho Profissional CRM 18 - Número no Conselho 24492 19 - UF SC 20 - Código CBO 653					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Caracter 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) S835 M233 25 - Tabela 26 - Código do procedimento 41001141 27 - Descrição Tomografia de Joelho 28 - Ql. Solic. 1 29 - Ql. Autonz.					
Dados do Contratado Executante 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado 32 - TI 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento 36 - Município 37 - UF 38 - Cód. IBGE 39 - CEP 40 - Código CNES 41 - Nome do Profissional Executante / Complementar 42 - Conselho Profissional 43 - Número no Conselho 44 - UF 45 - Código CBO S 46 - Grau de Participação					
Dados do atendimento 46 - Tipo Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho					
Consulta Referência 49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença					
Procedimentos e Exames Realizados 51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - Hora final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição					
63 - Data e assinatura de procedimentos em série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -					
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$ 66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 67 - Total Materiais R\$ 68 - Total Medicamentos R\$					
66 - Data e Assinatura do Solicitante 67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 68 - Data e Assinatura do Responsável pelo Beneficiário ou Responsável 69 - Data e Assinatura do Prestador Executante					



Tomografia Computadorizada - CDI
8484424



ID Paciente.: 1690620
Paciente.: Felipe Specort da Costa
Nome Social.:
Prontuario: 1281601 Dt. Solic.: 16/10/2023 08:56:20
Idade: 17a 8m Dt. Nascimento: 02/02/2006
Resultado a partir de: 19/10/2023 15:00:00
**Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10628484424 e senha: 6LW680 (Matrícula)
N. Exame
Tomografia de Joelho
Lado Ac. Number
E 18157350

62 - Valor Total - R\$

Preço da Guia R\$

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Specort da Costa

Nº da Carteira: 13.3.2735

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/02/2006

Nº da Guia: 12565.006



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/10/2023	21:35:01	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de educação física no dia 31/07/2023 quando torceu o joelho. Continuou praticando esportes normalmente até o dia 02/07/2023. Procurou atendimento no dia 03/08/23 com muitas dores. Foi feito gelo e tomou um anti-inflamatório.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Bertazzo

Telefone

47997730261

Quem prestou primeiros socorros

Ricardo Bertazzo

Data

04/08/2023

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

Motivo do Retorno

Horário agendado para realização de tomografia de joelho - Dia 16/10/2023 - Horário 8h30.

Ass.:

Geazi Gomes de Oliveira

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: 8.460.703
Nº I C: 8.567.668

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
Luiz Fabiano Delmonego Correa	Escola Adventista	1332906
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 984690	Data Entrada: 30/09/2023 09:53:40	Data Saída: 30/09/2023 10:04:09	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Guilherme Augusto Stirma		Tipo Atend.: 7 - CDI
			Espec/Clínica:
CID Princ.:			
Guia: 13582001	Senha:	Val. Carteira: 30/12/2023	Origem:

Dt.Conta: 30/09/23 10:03	Dt.Inicial: 30/09/23 09:53	Dt.Final: 30/09/23 10:04	Refer: 30/10/23	Protocolo: 563381
	Título:			

Sadt							
Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
			Ultrassom				
1	30/09/2023	40901220	Articular (Por Articulação)	1,00	9,20	132,98	142,18
			Total - Ultrassom -	1,00	9,20	132,98	142,18
			Total de Sadt	1,00	9,20	132,98	142,18

Total geral	142,18
-------------	--------

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 1332906 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 31/12/2222 11 - Nome Luiz Fabiano Delmonego Correa 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 Guilherme Augusto Stirna 17 - Conselho Profissional CRM 27722 18 - Número no Conselho 19 - UF SC 20 - Código CBO 653

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência 23 - CID 10 M25 24 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) FROUXIDÃO LIGAMENTAR EM TORNOZELO E

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 40901220 27 - Descrição USG de Tornozelo 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 01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 48 - Tipo de saída 49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença

Consultas Referência
51 - Data 52 - Hora Inicial a 53 - Hora final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 - Qtc
58 - Total Procedimentos R\$ 59 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 60 - Total Materiais R\$ 61 - Total Medicamentos R\$ 62 - Total Diárias R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série
64 - Observação
65 - Data e Assinatura do Solicitante 66 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
69 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
71 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
75 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Presc: 1314309



Ultrassom - CDI

8460703

ID Paciente.: 1318750
Paciente : Luiz Fabiano Delmonego Correa
Nome Social :
Prontuario: 984690 Dt.Solic.: 30/09/2023 09:55:14
Idade: 11a 6m Dt. Nascimento: 06/03/2012
Resultado a partir de: 03/10/2023 15:00:00
**Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo:10628460703 e senha:J81F3H(Matricula)
N. Exame
USG de Tornozelo
Lado Rc. Number
E 18111994

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luiz Fabiano Delmonego Correia

Nº da Carteira: 13.3.2906

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 06/03/2012

Nº da Guia: 13582.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/09/2023	11:04:19	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Estava jogando basquete quando ao correr torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7442

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

Motivo do Retorno
Autorização para realizar o ultrassom do tornozelo marcada para dia 30/09 às 10:00

Ass.: _____

Andre Luiz Rocha

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