

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Escola Adventista

Blumenau, 123 - Joinville - SC

Período de 01/10/2023 00:00:00 até 31/10/2023 00:00:00

CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENTO - Fone: 34513333

PROTOCOLO: AVATAR.Ambul.  
Seq protocolo: (564549)

Tipo protocolo: Ambulatorial Avatar

Documento convênio:

Nota fiscal:

| Atend. Paciente    | Nº guia                     | Matrícula   | Refer       | Data início | Data final | Título   | Proced | Serviços | Diárias | Materiais | Medic | Total    |
|--------------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|----------|--------|----------|---------|-----------|-------|----------|
| Senha              |                             | Autorizador | Data início |             | Data final |          |        |          |         |           |       |          |
| 8465568            | Bernardo Andreski Maes      |             | 1331926     | 10/23       | 03/10/23   | 05/10/23 | 151,66 | 0,00     | 0,00    | 0,00      | 0,00  | 151,66   |
| 8467768            | Arthur Teobaldo Werlich     |             | 1333184     | 10/23       | 04/10/23   | 06/10/23 | 100,00 | 0,00     | 0,00    | 0,00      | 0,00  | 100,00   |
| 8467750            | Felipe Specort da Costa     |             | 1332735     | 10/23       | 04/10/23   | 06/10/23 | 100,00 | 0,00     | 0,00    | 0,00      | 0,00  | 100,00   |
| 8463255            | Gabriel Dias de Sousa       |             | 6684117     | 10/23       | 02/10/23   | 04/10/23 | 165,99 | 103,32   | 0,00    | 190,55    | 8,78  | 468,64   |
| 8453274            | Ana Beatriz Araujo de Brito |             | 1333437     | 10/23       | 26/09/23   | 28/09/23 | 165,99 | 81,83    | 0,00    | 63,52     | 0,00  | 311,34   |
| Total do protocolo |                             |             |             |             |            |          | 683,64 | 185,15   | 0,00    | 254,07    | 8,78  | 1.131,64 |

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - N° Guia Principal |
| 000000           | 13138002              |

|                         |           |                            |                                             |
|-------------------------|-----------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 03/10/2023              |           |                            | Não informada                               |

Dados do Beneficiário

|                        |                          |                         |                               |                       |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome               | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
| 1331926                | 31/12/2023               | Bernardo Andreaski Maes |                               | N                     |

Dados do Solicitante

|                          |                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado                         |
| 84694405000167           | ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |

|                                       |                            |                         |         |                 |                                             |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Helena Elisa Stein                    | 06                         | 10359                   | SC      | 225270          |                                             |

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

|                             |                          |                                                                        |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica                                                 |
| 1                           | 03/10/2023               | FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA M |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtds. Solic.                     | 28 - Qtds. Aut. |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------|-----------------|
| 1           | 22                                               | 10101012       | Consulta em Consultório / Ambulatório | 1               |
| 2           | 22                                               | 40803120       | Rx Dedo AP/Perfil                     | 1               |
| 3           |                                                  |                |                                       |                 |
| 4           |                                                  |                |                                       |                 |
| 5           |                                                  |                |                                       |                 |

Dados do Contratado Executante

|                          |                                                 |                  |
|--------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado                         | 31 - Código CNES |
| 84694405000167           | ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE | 2521385          |

Dados do Atendimento

|                          |                                                             |                       |                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| 04                       |                                                             | 1                     |                                            |

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora Inicial a 36 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtds.                            | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-----------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1         | 03/10/2023                          | 15:03:58    | 22                          | 10101012       | Consulta em Consultório / Ambulatório | 1        | 1         | 1                       | 1,00                      | 100,00                 |
| 2         | 03/10/2023                          | 14:53:23    | 22                          | 40803120       | Rx Dedo AP/Perfil                     | 1        | 1         | 1                       | 1,00                      | 51,66                  |
| 3         |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |
| 4         |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |
| 5         |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

| 48 - Seq. Ref. | 49 - Gr. Part. | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional   | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|----------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 1              | 12             | 01504202937                  | Helena Elisa Stein          | 06                         | 10359                   | SC      | 225270          |
| 2              | 11             | 08046937738                  | Bruno Jose de Pinho Miranda | 06                         | 15424                   | SC      | 225320          |

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

|                                |                                   |                            |                          |                               |                                  |                        |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total Medicamentos (R\$) | 64 - Total Gastos Medicinais R\$ | 65 - Total Geral (R\$) |
| 151,66                         | 0,00                              | 0,00                       | 0,00                     | 0,00                          | 0,00                             | 151,66                 |

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
| 23/10/2023                                      | 03/10/2023                                     | 03/10/2023                    |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Bernardo Andreski Maes

Nº da Carteira: 13.3.1926

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 28/06/2012

Nº da Guia: 13138.002

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 03/10/2023      | 13:32:27 | Ginásio | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

## Partes do corpo

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

## Descrição

O aluno estava jogando basquete quando a bola bateu em seu dedo mindinho que casou um inchaço.

## Testemunha da ocorrência

André Rocha

## Telefone

(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

Retorno solicitado pelo médico.

## HDH - Atendimento Externo

Dt. Int: 03/10/2023 14:27:43 Nº Atend.: 8465568

Pront.: 931080 Bernardo Andreski Maes

Nascim: 28/06/2012 Sexo: M Idade: 11a 3m

Conven: Escola Adventista Cod: 1331926

Medico: 10359 - Helena Elisa Stein

Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_



Val: 31/12/

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

Andre Luiz Rocha

Bernardo R. Maes

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

|                                                                         |                                                                            |                                                                        |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                              | 3 - N° Guia Principal<br>12912003                                          | 6 - Data Validade da Senha                                             | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>Não informada |
| 4 - Data da Autorização<br>04/10/2023                                   | 5 - Senha                                                                  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                 | 10 - Nome<br>Arthur Teobaldo Werlich                         |
| Dados do Beneficiário                                                   |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 8 - Número da Carteira<br>1333184                                       | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                              |                                                                        |                                                              |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                              |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| Dados do Solicitante                                                    |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 13 - Código na Operadora<br>84694405000167                              | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |                                                                        |                                                              |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Marcio Wambier Fialla          | 16 - Conselho Profissional<br>06                                           | 17 - Número no Conselho<br>27980                                       | 18 - UF<br>SC                                                |
| 19 - Código CBO<br>225270                                               | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                |                                                                        |                                                              |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                        | 22 - Data da Solicitação<br>04/10/2023                                     | 23 - Indicação Clínica<br>OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS |                                                              |
| 24 - Tabela<br>1                                                        | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101012               | 26 - Descrição<br>Consulta em Consultório / Ambulatório                | 27 - Qtd. Solic.<br>1                                        |
| 28 - Qtd. Aut.<br>1                                                     | 29 - Valor Total (R\$)<br>100,00                                           |                                                                        |                                                              |
| Dados do Contratado Executante                                          |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 29 - Código na Operadora<br>84694405000167                              | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |                                                                        |                                                              |
| 31 - Código CNES<br>2521385                                             |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| Dados do Atendimento                                                    |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>04                                          | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                   |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 36 - Data<br>04/10/2023                                                 | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final<br>16:04:39                            | 39 - Tabela<br>22                                                      | 40 - Código do Procedimento<br>10101012                      |
| 41 - Descrição<br>Consulta em Consultório / Ambulatório                 | 42 - Qtd.<br>1                                                             | 43 - Via<br>1                                                          | 44 - Tec.<br>1                                               |
| 45 - Fator Red./Acresc.<br>1,00                                         | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>100,00                                        | 47 - Valor Total (R\$)<br>100,00                                       |                                                              |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                      |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 48 - Seq. Rel.<br>1                                                     | 49 - Gr. Part.<br>12                                                       | 50 - Código na Operadora/CPF<br>03428292979                            | 51 - Nome do Profissional<br>Marcio Wambier Fialla           |
| 52 - Conselho Profissional<br>06                                        | 53 - Número no Conselho<br>27980                                           | 54 - UF<br>SC                                                          | 55 - Código CBO<br>225270                                    |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                       |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                          | 58 - Observação / Justificativa                                            |                                                                        |                                                              |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>100,00                                |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00                               | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0,00                                         | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0,00                                       | 63 - Total Medicamentos (R\$)<br>0,00                        |
| 64 - Total Gases Medicinais R\$<br>0,00                                 | 65 - Total Geral (R\$)<br>100,00                                           |                                                                        |                                                              |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>23/10/2023           |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>04/10/2023            |                                                                            |                                                                        |                                                              |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>04/10/2023                             |                                                                            |                                                                        |                                                              |

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: 3184 **ARTHUR TEOBALDO**

Nº da Carteira: 13.3.3184

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 31/07/2007

Nº da Guia: 12912.003



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 04/10/2023      | 14:24:49 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | 3º Dedo Mão Esquerda |

### Descrição

ESTAVA NA AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA JOGANDO BASQUETE, A BOLA BATEU NA PONTA DO DEDO.

| Testemunha da ocorrência | Telefone    |
|--------------------------|-------------|
| Ricardo Bertazzo         | 47997730261 |
| Ricardo Bertazzo         | 47997730261 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Ricardo Bertazzo                | 22/08/2023 |

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

### Motivo do Retorno

Retorno medico para avaliação autorizado para ao dia de hoje 04/10/2023.

Ass.:

**Hely Teixeira de Almeida**

Preceptor

Geazi Gomes de Oliveira

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
CIRURGIÃO DA MÃO  
CRM 27980-1/PR

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores disc

<https://sistemas.usb.org.br/ar>

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 04/10/2023 15:22:29 Nº Atend.: 8467768

Pront.: 1310884 Arthur Teobaldo Werlich

Nascim.: 31/07/2007 Sexo: M Idade: 16a 2m

Conven: Escola Adventista Cod: 1333184

Medico 27980 - Marcio Wambier Fialla

Quarto \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_



Val: 31/12/

Instituição

assistenciam

**Escola Adventista**

|                                                                         |  |                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                                        |  | 3 - N° Guia Principal                                       |  |
| 000000                                                                  |  | 12565005                                                    |  |
| 4 - Data da Autorização                                                 |  | 5 - Senha                                                   |  |
| 04/10/2023                                                              |  |                                                             |  |
| Dados do Beneficiário                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                 |  |
| 8 - Número da Carteira                                                  |  | Não Informada                                               |  |
| 1332735                                                                 |  |                                                             |  |
| Dados do Solicitante                                                    |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  |
| 1332735                                                                 |  | 31/12/2023                                                  |  |
| 10 - Nome                                                               |  | Felipe Speort da Costa                                      |  |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde                                           |  | N                                                           |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                   |  |                                                             |  |
| 13 - Código na Operadora                                                |  | 14 - Nome do Contratado                                     |  |
| 84694405000167                                                          |  | ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                                   |  | 16 - Conselho Profissional                                  |  |
| Vitor Gustavo da Paiva Coróiti                                          |  | 06                                                          |  |
| 17 - Número no Conselho                                                 |  | 18 - UF                                                     |  |
| 24492                                                                   |  | SC                                                          |  |
| 19 - Código CBO                                                         |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |
| 225270                                                                  |  |                                                             |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |  | 23 - Indicação Clínica                                      |  |
| ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) |  |                                                             |  |
| 21 - Caráter do Atendimento                                             |  | 22 - Data da Solicitação                                    |  |
| 1                                                                       |  | 04/10/2023                                                  |  |
| 24 - Tabela                                                             |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial            |  |
| 2                                                                       |  | 10101012                                                    |  |
| 26 - Descrição                                                          |  | Consulta em Consultório / Ambulatório                       |  |
| 3                                                                       |  |                                                             |  |
| 4                                                                       |  |                                                             |  |
| 5                                                                       |  |                                                             |  |
| Dados do Contratado Executante                                          |  | 30 - Nome do Contratado                                     |  |
| 29 - Código na Operadora                                                |  | ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE             |  |
| 84694405000167                                                          |  |                                                             |  |
| 31 - Código CNES                                                        |  | 2521385                                                     |  |
| Dados do atendimento                                                    |  | 32 - Tipo de Atendimento                                    |  |
| 04                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |
| 1                                                                       |  |                                                             |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                   |  |                                                             |  |
| 36 - Data                                                               |  | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final                         |  |
| 38 - Tabela                                                             |  | 39 - Código do Procedimento                                 |  |
| 40 - Descrição                                                          |  | 41 - Tipo de Atendimento                                    |  |
| 42 - Qtd.                                                               |  | 43 - Via                                                    |  |
| 44 - Tec.                                                               |  | 45 - Fator Red./Acresc.                                     |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                               |  | 47 - Valor Total (R\$)                                      |  |
| 100.00                                                                  |  | 100.00                                                      |  |
| 1                                                                       |  |                                                             |  |
| 2                                                                       |  |                                                             |  |
| 3                                                                       |  |                                                             |  |
| 4                                                                       |  |                                                             |  |
| 5                                                                       |  |                                                             |  |
| Identificação dele(a) Profissional(is) Executor(es)                     |  |                                                             |  |
| 48 - Seqüênç.                                                           |  | 49 - Gr.Pan.                                                |  |
| 50 - Código na Operadora/CNPJ                                           |  | 51 - Nome do Profissional                                   |  |
| 52 - Conselho Profissional                                              |  | 53 - Número no Conselho                                     |  |
| 54 - UF                                                                 |  | 55 - Código CBO                                             |  |
| 1                                                                       |  | 12                                                          |  |
| 06190572979                                                             |  | Vitor Gustavo da Paiva Coróiti                              |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                       |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 1- _____                                                                |  | 3- _____                                                    |  |
| 2- _____                                                                |  | 4- _____                                                    |  |
| 5- _____                                                                |  | 6- _____                                                    |  |
| 7- _____                                                                |  | 8- _____                                                    |  |
| 9- _____                                                                |  | 10- _____                                                   |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                         |  |                                                             |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                          |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                           |  |
| 100.00                                                                  |  | 0.00                                                        |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                              |  | 62 - Total de OPM's (R\$)                                   |  |
| 0.00                                                                    |  | 0.00                                                        |  |
| 63 - Total Medicamentos (R\$)                                           |  | 64 - Total Gases Médicinas R\$                              |  |
| 0.00                                                                    |  | 0.00                                                        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                  |  | 100.00                                                      |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  |
| 23/10/2023                                                              |  | 04/10/2023                                                  |  |

Impresso em:

23/10/2023 16:41:06

Página 3

Tailia Machado

WATE70106

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Felipe Specort da Costa  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.2735  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



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

**Nº da Guia:** 12565.005

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 21/09/2023      | 17:12:20 | Ginásio | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

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<br>(47) 3451-3365 |

## Motivo do Retorno

Aluno autorizado a realizar consulta de retorno médico, para reavaliação e verificação de exames de imagem. Com data agendada para dia 04/10/2023. Com Dr. Vitor, às 15:30.

Ass.:

**Ricardo Bertazzo**  
Syendra Rinaldi Oliveira  
Preceptor

Dr. Vitor Corotti  
Ortopedia e Traumatologia/Esporte  
CRM-SC 24.492 / CRM-PR 30290  
RQE 15170  
Chefe Ortopedia e Traumatologia HDH

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama>

Instituição Ad

assistenciamed

HDH - Atendimento Externo

Dt.Int: 04/10/2023 15:16:30 Nº Atend.: 8467750

Pront.: 1281601 Felipe Specort da Costa

Nascim: 02/02/2006 Sexo: M Idade: 17a 8m

Conven: Escola Adventista Cod: 1332735

Medico: 24492 - Vitor Gustavo de Paiva Corotti

Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ala: \_\_\_\_\_



Val: 31/12/

link:  
ta.org.br

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Nº Guia Principal<br>13535001 |
|----------------------------|-----------------------------------|

|                                       |           |                            |                                                              |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização<br>02/10/2023 | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>Não informada |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                       |  |                                   |  |                                        |  |                                    |  |                               |  |                            |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------------------------|--|
| Dados do Beneficiário |  | 8 - Número da Carteira<br>6684117 |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023 |  | 10 - Nome<br>Gabriel Dias de Sousa |  | 11 - Cartão Nacional de Saude |  | 12 - Atendimento a RN<br>N |  |
|-----------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------------------------|--|

|                      |  |                                            |  |                                                                           |  |                                                             |  |                                  |  |                                  |  |               |  |                           |  |                                             |  |
|----------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Dados do Solicitante |  | 13 - Código na Operadora<br>84694405000167 |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Helena Elisa Stein |  | 16 - Conselho Profissional<br>06 |  | 17 - Número no Conselho<br>10359 |  | 18 - UF<br>SC |  | 19 - Código CBO<br>225270 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
|----------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|

|                                                                         |  |                                                              |  |                                                                        |  |                        |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados |  |                                                              |  |                                                                        |  |                        |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                        |  | 22 - Data da Solicitação<br>02/10/2023                       |  | 23 - Indicação Clínica<br>FRATURA DE OUTRAS PARTES DO OMBRO E DO BRACO |  |                        |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                     |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40803090 |  | 26 - Descrição<br>Rx Cotovelo AP/Perfi                                 |  | 27 - Qtdde.Solic.<br>1 |  | 28 - Qtdde.Aut.<br>1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 22                                                                    |  | 30711037                                                     |  | Tala axilo (palmar)                                                    |  | 1                      |  | 1                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 22                                                                    |  | 10101012                                                     |  | Consulta em Consultório / Ambulatório                                  |  | 1                      |  | 1                    |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                                                                       |  |                                                              |  |                                                                        |  |                        |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                                       |  |                                                              |  |                                                                        |  |                        |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |

|                                |  |                                            |  |                                                                           |  |                             |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Dados do Contratado Executante |  | 29 - Código na Operadora<br>84694405000167 |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |  | 31 - Código CNES<br>2521385 |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|

|                      |  |                                |  |                                                             |  |                            |  |                                            |  |
|----------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| Dados do atendimento |  | 32 - Tipo de Atendimento<br>04 |  | 33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |
|----------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------------|--|

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                                     |                              |                             |                                                |                         |          |                 |                         |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|----------|-----------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data                                             | 37 - Hora inicial a 38 - Hora final | 39 - Tabela                  | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição                                 | 42 - Qtdde.             | 43 - Via | 44 - Tec.       | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 1 02/10/2023                                          | 14:37:31                            | 14:37:31                     | 22                          | 40803090 Rx Cotovelo AP/Perfi                  | 1                       | 1        | 1               | 1,00                    | 51,66                     | 51,66                  |
| 2 02/10/2023                                          | 14:39:36                            | 14:39:36                     | 22                          | 30711037 Tala axilo (palmar)                   | 1                       | 1        | 1               | 1,00                    | 14,33                     | 14,33                  |
| 3 02/10/2023                                          | 15:25:05                            | 15:25:05                     | 22                          | 10101012 Consulta em Consultório / Ambulatório | 1                       | 1        | 1               | 1,00                    | 100,00                    | 100,00                 |
| 4                                                     |                                     |                              |                             |                                                |                         |          |                 |                         |                           |                        |
| 5                                                     |                                     |                              |                             |                                                |                         |          |                 |                         |                           |                        |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)    |                                     |                              |                             |                                                |                         |          |                 |                         |                           |                        |
| 48 - Seq.Ref.                                         | 49 - Gr.Part.                       | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional   | 52 - Conselho Profissional                     | 53 - Número no Conselho | 54 - UF  | 55 - Código CBO |                         |                           |                        |
| 1 11                                                  | 08046937738                         | Bruno Jose de Pinho Miranda  |                             | 06                                             | 15424                   | SC       | 225320          |                         |                           |                        |
| 2 12                                                  | 01504202937                         | Helena Elisa Stein           |                             | 06                                             | 10359                   | SC       | 225270          |                         |                           |                        |
| 3 12                                                  | 01504202937                         | Helena Elisa Stein           |                             | 06                                             | 10359                   | SC       | 225270          |                         |                           |                        |

|                                                   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |                                                |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 5 -                                            | / | / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 6 -                                            | / | / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 7 -                                            | / | / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 8 -                                            | / | / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 9 -                                            | / | / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 -                                               | / | / |  |  |  |  |  |  |  | 10 -                                           | / | / |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                               |  |        |  |                                                |  |            |  |                            |  |                               |  |                          |  |      |  |                               |  |      |  |                                 |  |      |  |                        |  |        |  |
|---------------------------------------------------------------|--|--------|--|------------------------------------------------|--|------------|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|--------------------------|--|------|--|-------------------------------|--|------|--|---------------------------------|--|------|--|------------------------|--|--------|--|
| 58 - Observação / Justificativa                               |  |        |  |                                                |  |            |  |                            |  |                               |  |                          |  |      |  |                               |  |      |  |                                 |  |      |  |                        |  |        |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                |  | 165,99 |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)              |  | 103,32     |  | 61 - Total Materiais (R\$) |  | 190,55                        |  | 62 - Total de OPME (R\$) |  | 0,00 |  | 63 - Total Medicamentos (R\$) |  | 8,78 |  | 64 - Total Gases Medicinais R\$ |  | 0,00 |  | 65 - Total Geral (R\$) |  | 468,64 |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>23/10/2023 |  |        |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 02/10/2023 |  |                            |  | 68 - Assinatura do Contratado |  | 02/10/2023               |  |      |  |                               |  |      |  |                                 |  |      |  |                        |  |        |  |

Escola Adventista

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

V.3.0  
Atend.: 8463255  
Conta: 8571062  
Gabriel Dias de Sousa

|                            |                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>Não Informada |
|----------------------------|--------------------------------------------------|

|                                           |                                                                          |                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>84694405000167 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE | 5 - Código CNES<br>2521385 |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

| Despesas Realizadas                                                          |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|-------------|----------------------------|------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------|--|----------------------|--|--|--|
| 6 - CD                                                                       | 7 - Data | 8 - Hora Inicial a 9 - Hora final       | 10 - Tabela | 11 - Código do Item        | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida   | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário - R\$          | 16 - Valor Total - R\$ |                        |  |                      |  |  |  |
| 17-Registro ANVISA do Material                                               |          | 18-Referência do material no fabricante |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 1                                                                            | 2        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 20         | 90075129                 | 1                         | 013                                | 8,78                   | 8,78                   |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : CLORETO DE SÓDIO                                            |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 2                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 78204038                 | 1                         | 036                                | 35,07                  | 35,07                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : ACESSORIO P/TRANSFERENCIA SOLUCAO 2PTA PERFURANTE TRANSOFIX |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 3                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 70852588                 | 3                         | 036                                | 15,24                  | 45,72                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)                    |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 4                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 78340373                 | 4                         | 036                                | 18,65                  | 74,60                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : ATADURA GESSADA RAPIDA 10CMX3MT                             |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 5                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 70034656                 | 3                         | 036                                | 5,11                   | 15,33                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1MT 12UNID.                         |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 6                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 78340454                 | 2                         | 036                                | 0,74                   | 1,48                   |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM EST.ETO 5UNID.        |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 7                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 70799172                 | 0,5                       | 042                                | 20,34                  | 10,17                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT                               |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 8                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 78207991                 | 1                         | 048                                | 3,02                   | 3,02                   |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : LUVA CIRURGICA NR.7,5 EST.106 SENSITEX(PAR)                 |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 9                                                                            | 3        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 19         | 78202477                 | 1                         | 042                                | 5,16                   | 5,16                   |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : MALHA TUBULAR ALGODAO 10CMX15MT                             |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 10                                                                           | 7        | 02/10/2023                              | 14:39       | 14:39                      | 18         | 60034025                 | 1                         | 036                                | 21,49                  | 21,49                  |  |                      |  |  |  |
| 20 - Descrição : Curativo pequeno                                            |          |                                         |             |                            |            |                          |                           |                                    |                        |                        |  |                      |  |  |  |
| 21 - Total Gases Mediciniais (R\$)                                           |          | 22 - Total Medicamentos (R\$)           |             | 23 - Total Materiais (R\$) |            | 24 - Total de OPME (R\$) |                           | 25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$) |                        | 26 - Total Diárias R\$ |  | 27 - Total Geral R\$ |  |  |  |
| 0,00                                                                         |          | 8,78                                    |             | 190,55                     |            | 0,00                     |                           | 21,49                              |                        | 0,00                   |  | 220,82               |  |  |  |

1 - Registro ANS  
000000

2 - Número da Guia Referenciada  
Não Informada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora  
84694405000167

4 - Nome do Contratado  
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

5 - Código CNES  
2521385

| Despesas Realizadas                          |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|----------------------------------------------|----------|--------------------|----------------|-----------------------------------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------|
| 6 - CD                                       | 7 - Data | 8 - Hora Inicial a | 9 - Hora final | 10 - Tabela                             | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário - R\$          | 16 - Valor Total - R\$ |
| 17-Registro ANVISA do Material               |          |                    |                | 18-Referência do material no fabricante |                     |           |                        |                           | 19-Nº Autorização de Funcionamento |                        |
| 1                                            | 7        | 02/10/2023         | 14:39          | 14:39                                   | 18                  | 60023236  | 1                      | 036                       | 1,00                               | 81,83                  |
| 20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 2                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 3                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 4                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 5                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 6                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 7                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 8                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 9                                            |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 10                                           |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                             |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
| 21 - Total Gases Mediciniais (R\$)           |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |
|                                              |          |                    |                |                                         |                     |           |                        |                           |                                    |                        |

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Gabriel Dias de Sousa

**Nº da Carteira:** 6.68.4117

**Instituição:** Colégio Adventista de Joinville - Saguacu

**Data de Nascimento:** 13/05/2013

**Nº da Guia:** 13535.001



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                |
|-----------------|----------|---------|--------------------------|
| 27/09/2023      | 13:39:07 | Ginásio | Intervalo (Ex.: recreio) |

|                                               |                        |
|-----------------------------------------------|------------------------|
| <b>O que aconteceu</b>                        | <b>Partes do corpo</b> |
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Cotovelo Esquerdo      |

### Descrição

Jogando bola, o aluno caiu no chão e bateu o braço.

|                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| <b>Testemunha da ocorrência</b> | <b>Telefone</b> |
| Colegas                         | (47) 3043-5300  |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Vanderléia                      | 22/09/2023 |

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

### Motivo do Retorno

Aluno tem retorno marcado para a próxima segunda-feira (02/10/2023).

Ass.:

Vanessa Fonseca Roim Rochadel

**Para faturamento favor encaminhar  
com códigos e valores discrimina**

<https://sistemas.usb.org.br/ama> (par  
(não c

Instituição Advent

Con

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int. 02/10/2023 14:25:29 Nº Atend. 8463255  
 Pront. 1313116 Gabriel

Nascim: 13/05/2013 Sexo: M Idade: 10

Conven: Escola Adventista Cod: 6684117

Medico: 10359 - Helena Elisa Stein

Quarto

Leito:

Ala:

Val 31/12/

Escola Adventista

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - N° Guia no Prestador Não informada

V.3.0  
Atend.: 8453274  
Conta: 8556957

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - N° Guia Principal<br>13407001 |
|----------------------------|-----------------------------------|

|                                       |           |                            |                                                              |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização<br>26/09/2023 | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora<br>Não Informada |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                       |                                   |                                        |                                          |                               |                            |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>1333437 | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023 | 10 - Nome<br>Ana Beatriz Araújo de Brito | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

|                      |                                            |                                                                            |
|----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código na Operadora<br>84694405000167 | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE |
|----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

|                                                             |                                  |                                  |               |                           |                                             |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Helena Elisa Stein | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>10359 | 18 - UF<br>SC | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                         |                                  |                                        |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | 21 - Caráter do Atendimento<br>1 | 22 - Data da Solicitação<br>26/09/2023 | 23 - Indicação Clínica<br>FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA M |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                  |                                    |                  |                |
|-------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|----------------|
| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição<br>Rx Dedo AP/Perfi | 27 - Qtda.Solic. | 28 - Qtda.Aut. |
| 1           | 22                                               | 40803120                           | 1                | 1              |
| 2           | 22                                               | 30711037                           | 1                | 1              |
| 3           | 22                                               | 10101012                           | 1                | 1              |
| 4           |                                                  |                                    |                  |                |
| 5           |                                                  |                                    |                  |                |

|                                |                                            |                                                                            |                             |
|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora<br>84694405000167 | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE | 31 - Código CNES<br>2521385 |
|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                                |                                                             |                            |                                            |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo de Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data                                             | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtda.                            | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 1                                                     | 26/09/2023                          | 14:16:03    | 22                          | 40803120       | Rx. Dedo AP/Perfil                    | 1        | 1         | 1,00                    | 51,66                     | 51,66                  |
| 2                                                     | 26/09/2023                          | 14:59:52    | 22                          | 30711037       | Tala aluminio (MMSS)                  | 1        | 1         | 1,00                    | 14,33                     | 14,33                  |
| 3                                                     | 26/09/2023                          | 14:55:29    | 22                          | 10101012       | Consulta em Consultório / Ambulatório | 1        | 1         | 1,00                    | 100,00                    | 100,00                 |
| 4                                                     |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |
| 5                                                     |                                     |             |                             |                |                                       |          |           |                         |                           |                        |

|                                                    |               |                              |                             |                            |                         |         |                 |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|--|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |               |                              |                             |                            |                         |         |                 |  |  |
| 48 - Seqüel.                                       | 49 - Gr.Part. | 50 - Código na Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional   | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |  |  |
| 1                                                  | 11            | 08046937738                  | Bruno Jose de Pinho Miranda | 06                         | 15424                   | SC      | 225320          |  |  |
| 2                                                  | 12            | 01504202937                  | Helena Elisa Stein          | 06                         | 10359                   | SC      | 225270          |  |  |
| 3                                                  | 12            | 01504202937                  | Helena Elisa Stein          | 06                         | 10359                   | SC      | 225270          |  |  |

|                                                   |                                                |                    |                    |                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                    |                    |                     |
| 1 - ____/____/____                                | 3 - ____/____/____                             | 5 - ____/____/____ | 7 - ____/____/____ | 9 - ____/____/____  |
| 2 - ____/____/____                                | 4 - ____/____/____                             | 6 - ____/____/____ | 8 - ____/____/____ | 10 - ____/____/____ |

58 - Observação / Justificativa

|                                                               |                                                              |                                   |       |                            |       |                          |      |                               |      |                                 |      |                        |        |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|----------------------------|-------|--------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------------------|------|------------------------|--------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                | 165,99                                                       | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 81,83 | 61 - Total Materiais (R\$) | 63,52 | 62 - Total de OPME (R\$) | 0,00 | 63 - Total Medicamentos (R\$) | 0,00 | 64 - Total Gases Medicinais R\$ | 0,00 | 65 - Total Geral (R\$) | 311,34 |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>23/10/2023 | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>26/09/2023 |                                   |       |                            |       |                          |      |                               |      |                                 |      |                        |        |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>26/09/2023                   |                                                              |                                   |       |                            |       |                          |      |                               |      |                                 |      |                        |        |

1 - Registro ANS  
000000

2 - Número da Guia Referenciada  
Não informada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora  
84694405000167

4 - Nome do Contratado  
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

5 - Código CNES  
2521385

| Despesas Realizadas                                       |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
|-----------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------|------------|------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------|
| 6 - CD                                                    | 7 - Data     | 8 - Hora Inicial a 9 - Hora final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item           | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário - R\$          | 16 - Valor Total - R\$ |
| 17-Registro ANVISA do Material                            |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 1                                                         | 3 26/09/2023 | 14:59                             | 14:59       | 19                            | 70852588   | 2                      | 036                       | 1,00                               | 15,24                  |
| 20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO) |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 2                                                         | 3 26/09/2023 | 14:59                             | 14:59       | 19                            | 70799172   | 1                      | 042                       | 1,00                               | 20,34                  |
| 20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT            |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 3                                                         | 3 26/09/2023 | 14:59                             | 14:59       | 19                            | 78202850   | 2                      | 036                       | 1,00                               | 6,35                   |
| 20 - Descrição : TALA METALICA 16X250MM                   |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 4                                                         | 7 26/09/2023 | 14:58                             | 14:58       | 18                            | 60023236   | 1                      | 036                       | 1,00                               | 81,83                  |
| 20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos              |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 5                                                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 6                                                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 7                                                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 8                                                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 9                                                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 10                                                        |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 20 - Descrição :                                          |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
| 21 - Total Gases Medicinais (R\$)                         |              |                                   |             |                               |            |                        |                           |                                    |                        |
|                                                           |              | 0,00                              |             | 22 - Total Medicamentos (R\$) |            | 0,00                   |                           | 23 - Total Materiais (R\$)         |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            | 63,52                  |                           | 24 - Total de OPME (R\$)           |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            | 0,00                   |                           | 25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$) |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            | 81,83                  |                           | 26 - Total Diárias R\$             |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            |                        |                           | 0,00                               |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            |                        |                           | 27 - Total Geral R\$               |                        |
|                                                           |              |                                   |             |                               |            |                        |                           | 145,35                             |                        |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Beatriz Araujo de Brito

Nº da Carteira: 13.3.3437

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 25/05/2009

Nº da Guia: 13407.001



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade                             |
|-----------------|----------|--------|---------------------------------------|
| 26/09/2023      | 12:43:07 | Quadra | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

## O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

## Partes do corpo

Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

## Descrição

A aluna estava jogando vôlei e ao tentar bloquear a bola na rede, a bola foi com muita velocidade no dedo e forçou o dedo para trás.

## Testemunha da ocorrência

Jaqueline Fátima Voszyl Dos SantoS

## Telefone

(51) 98318-0202

## Quem prestou primeiros socorros

Jaqueline Fátima Voszyl Dos SantoS

## Data

18/09/2023

## Local de atendimento

HDH - Hospital Dona Helena

## Endereço

Rua Blumenau

## Nº

123

## Bairro

Centro

## Telefone

(47) 3451-3333  
(47) 3451-3365

## Motivo do Retorno

Aluna autorizada a realizar retorno.

Ass.:

Gisela Cardoso  
Preceptora

Erenice Pereira De Araujo

Para faturamento favor  
com códigos e valor  
<https://sistemas.usb.org.br>

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 26/09/2023 13:57:03 Nº Atend.: 8453274  
Pront.: 1108132 Ana Beatriz Araujo de Brito  
Nascim.: 25/05/2009 Sexo: F Idade: 14a 4m  
Conven: Escola Adventista Cod: 1333437  
Medico: 10359 - Helena Elisa Stein

Val: 31/12/

In:

Quarto

Leito:

Ala:

[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba@clinicaadventista.org.br](mailto:curitiba@clinicaadventista.org.br)

dos atendimentos  
para o link:  
[sistemas.usb.org.br](https://sistemas.usb.org.br)