

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Escola Adventista

Blumenau, 123 - Joinville - SC

Período de 01/06/2024 00:00:00 até 30/06/2024 23:59:59

CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333

PROTOCOLO: AVATAR.CDI.

Seq protocolo: (566084)

Tipo protocolo: CDI

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							
8968441	Maira Vitoria da Silva Bitencourt		1334037	06/24 03/06/24 19:06 03/06/24 19:43				1.688,34	0,00	0,00	0,00	0,00	1.688,34
8995739	Mathheus Henrique Chaves Rodrigues		1334495	06/24 17/06/24 12:43 17/06/24 13:42				945,71	0,00	0,00	0,00	0,00	945,71
8995012	Maira Vitoria da Silva Bitencourt		1334037	06/24 17/06/24 09:15 17/06/24 09:47				845,73	0,00	0,00	0,00	0,00	845,73
9012607	Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos		1333893	06/24 25/06/24 13:42 25/06/24 14:02				945,71	0,00	0,00	0,00	0,00	945,71
9014196	Mathheus Henrique Chaves Rodrigues		1334495	06/24 26/06/24 09:04 26/06/24 09:48				845,73	0,00	0,00	0,00	0,00	845,73
				Total do protocolo				5.271,22	0,00	0,00	0,00	0,00	5.271,22
Título				NF-e	Dt. Vencimento		Data liquidação	Valor imposto	Valor título		Saldo título		



HOSPITAL
Dona
HELENA

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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 8.968.441

Nº I C: 9.262.672

Paciente:

Maira Vitoria da Silva Bitencourt

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

1334037

Categoria:

Básico

Prontuário: 1298141

Data Entrada: 03/06/2024 19:06:14

Data Saída: 03/06/2024 19:43:21

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Lucas Lopes da Fonseca

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: Não informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Origem:

Dt.Conta: 05/06/24 10:05

Dt.Inicial: 03/06/24 19:06

Dt.Final: 03/06/24 19:43

Refer: 30/06/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	03/06/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	634,39	742,63
2	03/06/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	837,47	945,71
Total - Ressonância Magnética -				2,00	216,48	1.471,86	1.688,34
Total de Sadt				2,00	216,48	1.471,86	1.688,34

Total geral

1.688,34

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal
17639001

4 - Data da Autorização
03/06/2024

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1334037

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Não informada

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
Maira Vitoria da Silva Blencourt

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
84694405000167

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

15 - Nome do Profissional Solicitante
Lucas Lopes da Fonseca

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
21180

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
03/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
41101316

26 - Descrição
RM de Joelho

27 - Qtd.Solic.
1

28 - Qtd.Aut.
1

2

22

41101316

RM de Joelho

1

1

1

1

1

1

1

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
84694405000167

30 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
2521385

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
03/06/2024

37 - Hora inicial a 38 - Hora final
19:42:21

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
41101316

41 - Descrição
RM de Joelho

42 - Qtd.
1

43 - Via
1

44 - Tec.
1

45 - Fator Red./Acresc.
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
742,63

47 - Valor Total (R\$)
742,63

1

2

03/06/2024

19:42:21

22

41101316

RM de Joelho

1

1

1,00

945,71

1

3

4

5

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

48 - Seq./Vel.
49 - Gr./Part.

50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho
06

54 - UF
SC

55 - Código CBO
225320

06

07847

SC

225320

SC

1

11

66442141934

Claudio Cesar de Oliveira Vendramini

Claudio Cesar de Oliveira Vendramini

06

07847

SC

225320

SC

SC

2

11

66442141934

Claudio Cesar de Oliveira Vendramini

Claudio Cesar de Oliveira Vendramini

06

07847

SC

225320

SC

SC

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

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 Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

1.688,34

0,00

0,00

0,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
20/06/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

03/06/2024

68 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

69 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

70 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

71 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

72 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

69 - Total Procedimentos (R\$)

1.688,34

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPME (R\$)

0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total Gases Medicinais R\$

0,00

0,00

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização
20/06/2024

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

03/06/2024

67 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

68 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

69 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

70 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

71 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
20/06/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

03/06/2024

68 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

69 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

70 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

71 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

72 - Assinatura do Contratado

03/06/2024

1 - R ^o S ^o ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 1334037			
9 - Plano Básico		10 - Validade da Carteira 31/12/2222		11 - Nome Maitra Vitoria da Silva Bilencourt	
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Solicitante		13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE			
14 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167		15 - Código do CNES 2521385			
16 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Lopes da Fonseca		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 21180	
19 - UF SC		20 - Código CBO 653			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/hora da Solicitação			
22 - Caracter da Solicitação E - Emerg U - Urgência / Emergência		23 - CID 10 M255			
24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) Luxação patelar esquerda					
25 - Tabela 1		26 - Código do procedimento 41101316		27 - Descrição RM de Joelho	
28 - Cl. Solic. 1		29 - Cl. Autoriz. 1			
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - TI	
33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento		36			
37 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		38 - Nome do Profissional Solicitante / Complementar		39 - Conselho Profissional	
40 - Nome do Profissional Solicitante / Complementar		41 - Conselho Profissional		42 - Número	
Dados do Atendimento		43 - Indicação de Acidente			
44 - Tipo Atendimento 01 - Remissão 02 - Pagaria Externa 03 - Triagem 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Emergência		45 - Indicação de Acidente			
46 - Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acidente			
48 - Tipo de Doença		49 - Tipo de Doença			
50 - Tempo de Doença					
Procedimentos e Exames Realizados		51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - Hora final			
54 - Tabela		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição	
57 - Orde.					
58 - Data e assinatura de procedimentos em série					
59 - Data e assinatura de procedimentos em série					
60 - Data e assinatura de procedimentos em série					
61 - Data e assinatura de procedimentos em série					
62 - Data e assinatura de procedimentos em série					
63 - Data e assinatura de procedimentos em série					
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Transf. e Atend. R\$		67 - Total Materiais R\$	
68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Distin. R\$		70 - Total Gases Medicinas R\$	
71 - Total Geral da Guia R\$					
72 - Data e Assinatura do Solicitante Dr. Lucas Lopes da Fonseca CRMSC 21180-AQE 12471		73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
75 - Data e Assinatura do Prestador Executante		76 - Data e Assinatura do Prestador Executante			

Página 1 Lucas Lopes CATE1567



HOSPITAL DONA HELENA

Presc.: 11892478

Ressonância Magnética - CDI

ID Paciente.: 1710549

Paciente.: Maitra Vitoria da Silva Bilencourt

Nome Social:

Pontuario: 1298141

Idade: 14a 11m

Resultado a partir de: 06/06/2024 17:00:00

*Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10628968441 e senha: V83F5H(Maiuscula)

Nº Exame: Lado: Rô. Number: 19050404

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maíra Vitória da Silva Bitencourt
Nº da Carteira: 13.3.4037
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/06/2009 **Nº da Guia:** 17539.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/06/2024	17:08:54	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição
Aluna na segunda feira, ao trocar a roupa torceu o joelho E, com luxação do mesmo, ao realizar a imobilização o joelho retornou ao lugar. Mas aluna retirou a imobilização em uso de Cetoprofeno. Encaminhado para avaliação se houve lesões de ligamentos, devido a dor persistente. Sem presença de edema ou hematoma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graziele Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	08/05/2024

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

Motivo do Retorno
Liberada para fazer RM de Joelho

Ass.:

Gisela Cardoso
Preceptora

Erenice Pereira De Araujo

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 8.995.739
Nº I C: 9.300.353

Paciente: **Matheus Henrique Chaves Rodrigues**
Convênio: **Escola Adventista**
Usuário/Matricula: **1334495**

Categoria:
Básico

Prontuário: 1337886 Data Entrada: 17/06/2024 12:43:01 Data Saída: 17/06/2024 13:42:20 Motivo Alta: 4 Alta médica
Médico: Jan Gabriel Tamanini Tipo Atend.: 7 - CDI
CID Princ.: Espec/Clinica:

Guia: Não informada Senha: Val. Carteira: 31/12/2024 Origem:

Dt.Conta: 19/06/24 11:11 Dt.Inicial: 17/06/24 12:43 Dt.Final: 17/06/24 13:42 Refer: 30/06/24
Título: Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	17/06/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	837,47	945,71
Total - Ressonância Magnética -				1,00	108,24	837,47	945,71
Total de Sadt				1,00	108,24	837,47	945,71

Total geral 945,71

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
1334495	Básico	31/12/2025	Matheus Henrique Chaves Rodrigues		
Dados do Contratado Solicitante					
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código do CNES			
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	2521385			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO	
Vitor Gustavo de Paiva Corotti	CRM	24492	SC	653	
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CID 10	24 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		
	E - Eletivo U - Urgência / Emergência	S830	S830		
25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt.Solic.	29 - Qt. Autoriz.	
1	41001141	Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)	1		
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
Dados do atendimento					
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída			
01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho					
Consulta Referência					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença				
Procedimentos e Exames Realizados					
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 -
1					
2					
3					
4					
5					
63 - Data e assinatura de procedimentos em série					
1 -	/	/	3 -	/	/
2 -	/	/	4 -	/	/
3 -	/	/	5 -	/	/
4 -	/	/	6 -	/	/
5 -	/	/	7 -	/	/
6 -	/	/	8 -	/	/
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$					
66 - Total Taxas e Aluguéis R\$					
67 - Total Materiais R\$					
68 - Total Medicamentos R\$					
69 - Total Diárias R\$					
85 - Data e Assinatura do Solicitante					
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					



HOSPITAL DONA HELENA

Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)

ID Paciente : 1757801

Paciente : Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Nome Social : 1337886

Prontuario : 154 Im

Idade : 01/07/2024 15:00:00

Resultado a partir de 01/07/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse: www.donahelena.com.br/clickvita, informe: Protocolo: 10629014196 e senha: R27Y98(Maiuscula)

Nº Exame : Lado : Ac Number : 19141205

Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon) : 19141206



11948764



9014196

for Total - R\$

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Nº da Carteirinha: 13.3.4495

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/04/2009

Nº da Guia: 18529.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/06/2024	12:01:23	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava jogando basquete, mas acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Enoque

Telefone

(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros

Enoque

Data

11/06/2024

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

Motivo do Retorno

Realização de tomografia joelho - Data: 26/06/2024 - Horário: 08h45

Ass.:


Dr. Bruno Reder
Geazi Gomes de Oliveira
Preceptor

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

**Nota:****Emissão:**Nº Atend: 8.995.012
Nº I C: 9.299.234

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
Maira Vitoria da Silva Bitencourt	Escola Adventista	1334037
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 1298141	Data Entrada: 17/06/2024 09:15:28	Data Saída: 17/06/2024 09:47:38	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Vitor Gustavo de Paiva Corotti		Tipo Atend.: 7 - CDI
			Espec/Clinica:

CID Princ.:	Senha:	Val. Carteira: 31/12/2024	Origem:
Guia: Não informada			

Dt.Conta: 19/06/24 11:11	Dt.Inicial: 17/06/24 09:15	Dt.Final: 17/06/24 09:47	Refer: 30/06/24	Protocolo: AVATAR.CDI.
	Título:			

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Tomografia Computadorizada							
1	17/06/2024	41001141	Articulacao (Esternoclavicular Ou Ombro	1,00	40,59	334,17	374,76
2	17/06/2024	41001141	Articulacao (Esternoclavicular Ou Ombro	1,00	40,59	430,38	470,97
Total - Tomografia Computadorizada -				2,00	81,18	764,55	845,73
Total de Sadt				2,00	81,18	764,55	845,73

Total geral	845,73
-------------	--------

1 - Registro ANS 000000		3 - Nº Guia Principal 17539008																				
4 - Data de Autorização 17/06/2024		5 - Senha																				
Dados do Beneficiário		6 - Data Validade da Senha																				
8 - Número da Carteira 1334037		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não Informada																				
Dados do Solicitante		9 - Validade da Carteira 31/12/2024																				
10 - Nome Maira Vitoria da Silva Blancourt		11 - Cartão Nacional de Saúde																				
12 - Atendimento a RN N																						
13 - Código na Operadora 84694405000167		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																				
15 - Nome do Profissional Solicitante Vitor Gustavo de Paiva Cocchi		16 - Conselho Profissional 06																				
17 - Número no Conselho 24452		18 - UF SC																				
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante																				
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																						
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/06/2024																				
23 - Indicação Clínica																						
24 - Tabela																						
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Cide.Solic.	28 - Cide.Aut.																			
1 22	41001141	Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)	1																			
2 22	41001141	Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)	1																			
3																						
4																						
5																						
Dados do Contratado - Executante																						
29 - Código na Operadora 84694405000167		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																				
Dados do atendimento																						
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrec.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)												
1 17/06/2024	09:45:59	09:45:59	22	41001141	Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)	1	1	1	1,00	470,97												
2 17/06/2024	09:46:38	09:46:38	22	41001141	Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon)	1	1	1	1,00	374,76												
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														
1 11		48977357934		Gilberto Hornburg		Gilberto Hornburg		06														
2 11		48977357934		Gilberto Hornburg		Gilberto Hornburg		06														
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																						
58 - Observação / Justificativa																						
59 - Total Procedimentos (R\$) 845,73											60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00		65 - Total Geral (R\$) 845,73	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 20/06/2024											67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/06/2024		68 - Assinatura do Contratado 17/06/2024									

586084

1 - Registro ANS 0000000 3 - Nº Guia Principal 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia 2 - Nº 17539002

Dados do Beneficiário 6 - Número da Carteira 1334037 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 31/12/2024 11 - Nome Maira Vitoria da Silva Bitencourt 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Seguradora 13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84594405000167 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE 15 - Código do CNES 2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante Vitor Gustavo de Paiva Coróli 17 - Conselho Profissional CRM 24492 18 - Número no Conselho 19 - UF SC 20 - Código CBO 653

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Data/hora da Solicitação 22 - Cartão da Solicitação E - Clínica U - Urgência / Emergência 23 - CID 10 S830 24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 25 - CID Solic. 26 - CID Automaç.

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 41001141 27 - Descrição Tomografia de Joelho (Protocolo de Lyon) 28 - Q1 Solic. 1 29 - Q1 Automaç. 1

3 4 5

Dados do Contratado Executante 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Remessa 34 - Temp. 35 - Cont. 36 - Exame 37 - Abre

38 - Tipo de Doença 39 - Tempo de Doença

Procedimentos e Exames Realizados 40 - Data 41 - Hora inicial 42 - Hora final 43 - Tabela 44 - Código do Proce

45 - Data e assinatura de procedimentos em série

46 - Observação

47 - Total Procedimentos R\$ 48 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 49 - Total Material R\$ 50 - Total Medicamentos R\$ 51 - Total Diárias R\$ 52 - Total Gastos Médicinas R\$ 53 - Total Geral da Guia R\$

54 - Data e Assinatura do Solicitante 55 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 56 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 57 - Data e Assinatura do Prestador Executante

58 - Via 59 - 60 - % Red. / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

63 - Tipo de saída

64 - Município 65 - UF 66 - Cód. RGCE 67 - CTP 68 - Código CNES

69 - UF 70 - Cód. RGCE 71 - CTP 72 - Código CNES

73 - UF 74 - Cód. RGCE 75 - CTP 76 - Código CNES

77 - UF 78 - Cód. RGCE 79 - CTP 80 - Código CNES

81 - UF 82 - Cód. RGCE 83 - CTP 84 - Código CNES

85 - UF 86 - Cód. RGCE 87 - CTP 88 - Código CNES

89 - UF 90 - Cód. RGCE 91 - CTP 92 - Código CNES

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maíra Vitória da Silva Bitencourt

Nº da Carteirinha: 13.3.4037

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/06/2009

Nº da Guia: 17539.008

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/06/2024	08:34:33	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna na segunda feira, ao trocar a roupa torceu o joelho E, com luxação do mesmo, ao realizar a imobilização o joelho retornou ao lugar. Mas aluna retirou a imobilização em uso de Cetoprofeno. Encaminho para avaliação se houve lesões de ligamentos, devido a dor persistente. Sem presença de edema ou hematoma.

Testemunha da ocorrência

Graziele Oliveira

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Graziele Filgueiras

Data

08/05/2024

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

Motivo do Retorno

TC de joelho E e D a pedido do hospital que realizará o procedimento.

Ass.:

Grazielle Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maíra Vitória da Silva Bitencourt

Nº da Carteirinha: 13.3.4037

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 05/06/2009

Nº da Guia: 17539.008



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/06/2024	08:34:33	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna na segunda feira, ao trocar a roupa torceu o joelho E, com luxação do mesmo, ao realizar a imobilização o joelho retornou ao lugar. Mas aluna retirou a imobilização em uso de Cetoprofeno. Encaminho para avaliação se houve lesões de ligamentos, devido a dor persistente. Sem presença de edema ou hematoma.

Testemunha da ocorrência

Graziele Oliveira

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Graziele Filgueiras

Data

08/05/2024

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

Motivo do Retorno

TC de joelho E e D a pedido do hospital que realizará o procedimento.

Ass.:

Grazielle Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.012.607
Nº I C: 9.324.335

Paciente: Ana Luíza Alves Rodrigues dos Santos
Convênio: Escola Adventista
Usuário/Matrícula: 1333893

Categoria:
Básico

Prontuário: 1310618 Data Entrada: 25/06/2024 13:42:28 Data Saída: 25/06/2024 14:02:43 Motivo Alta: 4 Alta médica
Médico: Guilherme Augusto Stirma Tipo Atend.: 7 - CDI
CID Princ.: Espec/Clinica:

Guia: Não informada Senha: Val. Carteira: 30/12/2024 Origem:

Dt.Conta: 26/06/24 16:18 Dt.Inicial: 25/06/24 13:42 Dt.Final: 25/06/24 14:02 Refer: 30/06/24
Título: Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	25/06/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	837,47	945,71
Total - Ressonância Magnética -				1,00	108,24	837,47	945,71
Total de Sadt				1,00	108,24	837,47	945,71

Total geral 945,71

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

2 - Nº 18731

V.2.0A
Atend.: 8998100
Conta:

Escola Adventista

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

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 133893	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 30/12/2024	11 - Nome Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	----------------------------------	---------------------	---	---	---

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

16 - Nome do Profissional Solicitante Guilherme Augusto Stirna		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 27722	19 - UF SC	20 - Código CBO 653
---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 M255	24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) dor em joelho, dor anterior ha 4 meses
---	--	-------------------------------	--	---------------------	--

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

3				
---	--	--	--	--

4				
---	--	--	--	--

5				
---	--	--	--	--

Dados 4 30 - Cx 40a - C		 HOSPITAL Presco: 11946504 Ressonância Magnética - CDI 9012607			
-------------------------------	--	--	--	--	--

Dados 5		ID Paciente.: 1724355 Nome Paciente.: Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos Nome Social.: Prontuario.: 1310618 Idade.: 13a 9m Dt Solic.: 25/06/2024 13:44:54 Dt Nascimento.: 10/09/2010 Idade Resultado a partir de: 28/06/2024 15:00:00			
---------	--	--	--	--	--

Dados 6		Consul.: 49 - Tip.: *Disponível em formato digital, acesse: www.donahelena.com.br/clickvita, informe: Protocolo: 10629012607 e senha: 0VC8E0(Maiuscula)			
---------	--	--	--	--	--

Dados 7		51 - L 1 - N. Exame 2 - RM de Joelho 3 - 4 - 5 - 63 - Dat 64 - Observação			
---------	--	--	--	--	--

Dados 8		55 - Total Procedimentos R\$ 56 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 57 - Total Materiais R\$ 58 - Total Medicamentos R\$ 59 - Total Diárias R\$ 60 - Total Gases Medicinais R\$ 61 - Total Geral da Guia R\$			
---------	--	--	--	--	--

Dados 9		62 - Data e Assinatura do Solicitante 63 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 64 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 65 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
---------	--	--	--	--	--

Dados 10		66 - Data e Assinatura do Solicitante 67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 69 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 11		70 - Data e Assinatura do Solicitante 71 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 73 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 12		74 - Data e Assinatura do Solicitante 75 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 13		78 - Data e Assinatura do Solicitante 79 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 81 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 14		82 - Data e Assinatura do Solicitante 83 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 15		86 - Data e Assinatura do Solicitante 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 16		90 - Data e Assinatura do Solicitante 91 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 93 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 17		94 - Data e Assinatura do Solicitante 95 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 97 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 18		98 - Data e Assinatura do Solicitante 99 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 101 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 19		102 - Data e Assinatura do Solicitante 103 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 105 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 20		106 - Data e Assinatura do Solicitante 107 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 109 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 21		110 - Data e Assinatura do Solicitante 111 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 113 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 22		114 - Data e Assinatura do Solicitante 115 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 117 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 23		118 - Data e Assinatura do Solicitante 119 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 121 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 24		122 - Data e Assinatura do Solicitante 123 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 125 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 25		126 - Data e Assinatura do Solicitante 127 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 129 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 26		130 - Data e Assinatura do Solicitante 131 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 133 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 27		134 - Data e Assinatura do Solicitante 135 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 137 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 28		138 - Data e Assinatura do Solicitante 139 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 141 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 29		142 - Data e Assinatura do Solicitante 143 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 145 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 30		146 - Data e Assinatura do Solicitante 147 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 149 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 31		150 - Data e Assinatura do Solicitante 151 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 153 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 32		154 - Data e Assinatura do Solicitante 155 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 157 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 33		158 - Data e Assinatura do Solicitante 159 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 161 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 34		162 - Data e Assinatura do Solicitante 163 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 165 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 35		166 - Data e Assinatura do Solicitante 167 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 169 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 36		170 - Data e Assinatura do Solicitante 171 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 173 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 37		174 - Data e Assinatura do Solicitante 175 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 176 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 177 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 38		178 - Data e Assinatura do Solicitante 179 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 180 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 181 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 39		182 - Data e Assinatura do Solicitante 183 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 184 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 185 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 40		186 - Data e Assinatura do Solicitante 187 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 188 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 189 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 41		190 - Data e Assinatura do Solicitante 191 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 192 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 193 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 42		194 - Data e Assinatura do Solicitante 195 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 196 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 197 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 43		198 - Data e Assinatura do Solicitante 199 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 200 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 201 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 44		202 - Data e Assinatura do Solicitante 203 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 204 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 205 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 45		206 - Data e Assinatura do Solicitante 207 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 208 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 209 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 46		210 - Data e Assinatura do Solicitante 211 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 212 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 213 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 47		214 - Data e Assinatura do Solicitante 215 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 216 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 217 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 48		218 - Data e Assinatura do Solicitante 219 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 220 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 221 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 49		222 - Data e Assinatura do Solicitante 223 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 224 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 225 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 50		226 - Data e Assinatura do Solicitante 227 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 228 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 229 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 51		230 - Data e Assinatura do Solicitante 231 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 232 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 233 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 52		234 - Data e Assinatura do Solicitante 235 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 236 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 237 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 53		238 - Data e Assinatura do Solicitante 239 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 240 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 241 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 54		242 - Data e Assinatura do Solicitante 243 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 244 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 245 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 55		246 - Data e Assinatura do Solicitante 247 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 248 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 249 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 56		250 - Data e Assinatura do Solicitante 251 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 252 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 253 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 57		254 - Data e Assinatura do Solicitante 255 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 256 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 257 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 58		258 - Data e Assinatura do Solicitante 259 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 260 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 261 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 59		262 - Data e Assinatura do Solicitante 263 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 264 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 265 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 60		266 - Data e Assinatura do Solicitante 267 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 268 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 269 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 61		270 - Data e Assinatura do Solicitante 271 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 272 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 273 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 62		274 - Data e Assinatura do Solicitante 275 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 276 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 277 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 63		278 - Data e Assinatura do Solicitante 279 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 280 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 281 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 64		282 - Data e Assinatura do Solicitante 283 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 284 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 285 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 65		286 - Data e Assinatura do Solicitante 287 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 288 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 289 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 66		290 - Data e Assinatura do Solicitante 291 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 292 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 293 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 67		294 - Data e Assinatura do Solicitante 295 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 296 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 297 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 68		298 - Data e Assinatura do Solicitante 299 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 300 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 301 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 69		302 - Data e Assinatura do Solicitante 303 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 304 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 305 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 70		306 - Data e Assinatura do Solicitante 307 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 308 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 309 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 71		310 - Data e Assinatura do Solicitante 311 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 312 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 313 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 72		314 - Data e Assinatura do Solicitante 315 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 316 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 317 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 73		318 - Data e Assinatura do Solicitante 319 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 320 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 321 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 74		322 - Data e Assinatura do Solicitante 323 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 324 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 325 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 75		326 - Data e Assinatura do Solicitante 327 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 328 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 329 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 76		330 - Data e Assinatura do Solicitante 331 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 332 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 333 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 77		334 - Data e Assinatura do Solicitante 335 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 336 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 337 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 78		338 - Data e Assinatura do Solicitante 339 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 340 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 341 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 79		342 - Data e Assinatura do Solicitante 343 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 344 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 345 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 80		346 - Data e Assinatura do Solicitante 347 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 348 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 349 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 81		350 - Data e Assinatura do Solicitante 351 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 352 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 353 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 82		354 - Data e Assinatura do Solicitante 355 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 356 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 357 - Data e Assinatura do Prestador Executante			
----------	--	--	--	--	--

Dados 83		358 - Data e Assinatura do Solicitante 359 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 360 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 361 - Data			
----------	--	---	--	--	--

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos
Nº da Carteira: 13.3.3893
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 10/09/2010

Nº da Guia: 18731.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/06/2024	10:34:46	Dormitório (Ex.: residencial)	brincando dentro do quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição
A aluna estava brincando no quarto quando tropeçou e caiu.

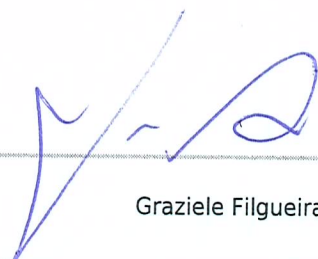
Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice P. Araujo	(47) 99773-0494
Erenice P. Araujo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice Araujo	18/06/2024

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

Motivo do Retorno
RM de Joelho a a pedido do Dr Guilherme

Ass.:


Grazielle Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.014.196
Nº I C: 9.326.605

Paciente:

Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

1334495

Categoria:

Básico

Prontuário: 1337886

Data Entrada: 26/06/2024 09:04:02

Data Saída: 26/06/2024 09:48:51

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Vítor Gustavo de Paiva Corotti

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: Não informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Origem:

Dt.Conta: 27/06/24 07:05

Dt.Inicial: 26/06/24 09:04

Dt.Final: 26/06/24 09:48

Refer: 30/06/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Tomografia Computadorizada							
1	26/06/2024	41001141	Articulacao (Esternoclavicular Ou Ombro	1,00	40,59	334,17	374,76
2	26/06/2024	41001141	Articulacao (Esternoclavicular Ou Ombro	1,00	40,59	430,38	470,97
Total - Tomografia Computadorizada -				2,00	81,18	764,55	845,73
Total de Sadt				2,00	81,18	764,55	845,73

Total geral

845,73

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal 18529001
----------------------------	-----------------------------------

4 - Data de Autorização 17/06/2024	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não Informada
---------------------------------------	-----------	----------------------------	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 1334495	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome Matheus Henrique Chaves Rodrigues	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante Jan Gabriel Tamenini	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20947	18 - UF SC	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/06/2024	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 41101316	26 - Descrição RM de Joelho	27 - Qtd.Solic. 1	28 - Qtd.Aut. 1
---------------------	--	--------------------------------	----------------------	--------------------

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

Dados do atendimento	32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 1 17/06/2024	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 13:41:20 13:41:20	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 41101316	41 - Descrição RM de Joelho	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 945,71	47 - Valor Total (R\$) 945,71
---	---------------------------	--	-------------------	---	--------------------------------	----------------	---------------	----------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

48 - Seq. Rel. 1	49 - Gr. Part. 11	50 - Código na Operadora/CPF 55151230930	51 - Nome do Profissional Ronald Caputo Junior	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 06137	54 - UF SC	55 - Código CBO 225320
---------------------	----------------------	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 945,71	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 945,71
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 20/06/2024	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/06/2024	68 - Assinatura do Contratado 17/06/2024				

1 - Registro ANS
000000

3 - N° Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1334495

9 - Plano

Básico

10 - Validade da Carteira

31/12/2222

11 - Nome

Matheus Henrique Chaves Rodrigues

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

84694405000167

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

16 - Nome do Profissional Solicitante

Jan Gabriel Tamanihi

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

20947

19 - UF

SC

20 - Código CBO

653

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação

E - Eletiva
U - Urgência / Emergência

23 - CID 10

S836

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

SUSPEITA RUPTURA LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR A DIREITA.

25 - Tabela

26 - Código do procedimento

41101316

27 - Descrição

RM de Joelho

28 - Qt.Solic.

1

29 - Qt.Autoriz.

1

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32a - Código na operadora / CPF do exec. complementar

41 - N°

Dados do atendimento

46 - Tipo Atendimento

01 - Remoção

02 - Pequena cirurgia

03 - Terapias

04 - Consult

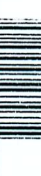
Consultas Referência

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença



Presc: 11926016



Resonância Magnética - CDI

ID Paciente: 1757801

Paciente: Matheus Henrique Chaves Rodrigues

Nome Social

Prontuario

1337886

Dt Solic: 17/06/2024 12:46:36

Idade: 15a 1m

Dt Nascimento: 30/04/2009

Resultado a partir de: 20/06/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse:

www.donahelena.com.br/clickvita, informe:

Protocolo:10628995739 e senha:R27Y9B(Maiuscula)

N° Exame

Iado

Rc Number

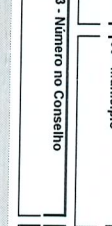
19104601



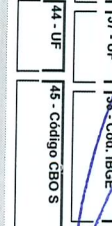
8995739



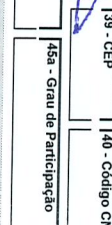
Presc: 11926016



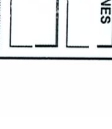
Presc: 11926016



Presc: 11926016



Presc: 11926016



Presc: 11926016

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Henrique Chaves Rodrigues
Nº da Carteirinha: 13.3.4495
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/04/2009

Nº da Guia: 18529.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	10:54:02	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava jogando basquete, mas acabou torcendo o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Enoque

Telefone

(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros

Enoque

Data

11/06/2024

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

Motivo do Retorno

RNM de Joelho, solicitado pelo médico plantonista da emergência

Ass.:

Grazielle Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br