

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

PROTOCOLO: AVATAR.CDI.

Escola Adventista

Seq protocolo: (600784)

Período de 01/10/2024 00:00:00 até 31/10/2024 23:59:59

Tipo protocolo: CDI

Blumenau, 123 - Joinville - SC

Documento convênio:

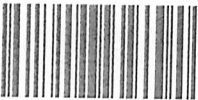
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENTO - Fone: 34513333

Nota fiscal:

Atend.	Paciente	Senha	Nº guia	Autorizador	Matrícula	Refer	Data início		Data final		Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
							Data início	Data final									
9250501	Gustavo Mateus Vieira Cremona		1332675		11/24	22/10/24	12:44	22/10/24	13:37		945,71	0,00	0,00	0,00		0,00	945,71
9239098	Alex Tadaeski		1333213		11/24	16/10/24	15:25	16/10/24	19:27		945,71	0,00	0,00	0,00		0,00	945,71
9258542	Levy Leitzke		1333520		11/24	25/10/24	14:37	25/10/24	15:25		1.010,82	0,00	0,00	0,00		0,00	1.010,82
9258626	Joao Pedro Araujo Santos		001006060630148		11/24	25/10/24	14:59	25/10/24	15:56		983,92	0,00	0,00	829,28		665,92	2.479,12
9273344	Luiz Fortana Neto		1334668		11/24	01/11/24	17:58	01/11/24	19:55		983,92	0,00	0,00	0,00		0,00	983,92
						Total do protocolo		5/5			4.870,08	0,00	0,00	829,28		665,92	6.365,28
Título			Nota Fiscal	NF-e	Dt. Vencimento		Data liquidação		Valor imposto		Valor título		Saldo título				



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.250.501
Nº I.C: 9.655.616

Paciente:

Gustavo Mateus Vieira Cremona

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matricula:

1332675

Categoria:

Básico

Prontuário: 1284595

Data Entrada: 22/10/2024 12:44:09

Data Saída: 22/10/2024 13:37:17

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Felipe Neves Campos

Tipo Atend.: 7 - CDI

CID Princ.:

Guia: Não Informada

Senha:

Val. Carteira: 30/12/2024

Origem:

Dt. Conta: 25/10/24 12:12

Dt. Inicial: 22/10/24 12:44

Dt. Final: 22/10/24 13:37

Refer: 31/10/24

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq. Data

Código

Descrição

Ressonância Magnética

Articular (Por Articulação)

Total - Ressonância Magnética -

Total de Sadt

Qtde VI Filme Vr. Exame

VI Total

945,71

837,47

945,71

Total geral

945,71



Página	66 - Data e	65 - Total	64 - Obser	63 - Data	62	61 - Dan	Procedim	49 - Tipo	Consul	48 - Tipo	Dados do	40a - Cód	Dados do	30 - Cód	25 - Ta	21 - Dat	Dados da	16 - Nor	84694	13 - Cód	13326	8 - Núm	00000	1 - Regi	Escola
--------	-------------	------------	------------	-----------	----	----------	----------	-----------	--------	-----------	----------	-----------	----------	----------	---------	----------	----------	----------	-------	----------	-------	---------	-------	----------	--------

FICHA DE ATENDIMENTO - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nome	Gustavo Mateus Vieira Cremona
Atendimento	9250501
Mãe	Marcia Vieira
Data Nasc	09/03/2007
Convênio	Escola Adventista
Obs. Conv.	

Prontuário	1284595
Idade	17 anos e 7 meses
Cód.Usuário	1332675
Responsável	

Data Atend.	22/10/2024
Sexo	Masculino
Funcionário	Ana.B
Médico	Felipe Neves Campos

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

01. Autorizo o Hospital Dona Helena prática qualquer procedimento diagnóstico realizado no Centro Diagnóstico por Imagem.
02. Estou cliente de que o Hospital Dona Helena não se responsabiliza por objetos e valores de pacientes e acompanhantes.
03. Declaro que estou cliente de todas as normas existentes no Hospital Dona Helena em relação aos procedimentos que serão realizados e aceito de forma irrevogável e irretornável.
04. O (A) COMPROMISSÁRIO (A) assume desde já a responsabilidade pelos serviços prestados pelo Hospital Dona Helena e não cobertos pelo Convênio de Saúde por motivo de carência contratual ou qualquer outro impedimento.
05. Declaro ter ciência sobre a prática de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autorizo o envio dos meus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.
06. No caso de ação judicial, em razão da responsabilidade ora assumida, é facultado às partes, para todos os efeitos processuais, a escolha do foro da Comarca de Joinville (SC).

Joinville, 22 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - RECEPCIONISTA

COMPROMISSÁRIO (A)

PACIENTE

Presc: 12223094

ID Paciente: 1694453

Paciente: Gustavo Mateus Vieira Cremona

Nome Social

Prontuário: 1284595

Idade: 17a 7m

Dt Nascimento: 09/03/2007

Resultado a partir de: 25/10/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse: www.donahelena.com.br/clickvita, informe: Protocolo:10629250501 e senha:P27J5L (Matrícula)

N. Exame

Lado Ac. Number

E 19606882

RM de Joelho

Ressonância Magnética - CD1

9250501

Escola Adventista

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

V.2.0A

Atend.: 9241041

Conta:

2 - Nº 22177

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

1332675

9 - Plano

Básico

10 - Validade da Carteira

31/12/2024

11 - Nome

Gustavo Mateus Vieira Cremona

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

Felipe Neves Campos

17 - Conselho Profissional

CRM

18 - Número no Conselho

20308

19 - UF

SC

20 - Código CBO

653

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação

E - Eletiva U - Urgência / Emergência

23 - CID 10

M255

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

DOR NO JOELHO ESQUERDO

25 - Tabela

26 - Código do procedimento

41101316

27 - Descrição

RM de Joelho-Esquerdo

28 - Qt.Solic.

1

29 - Qt.Autoriz.

1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cont./BOF

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO

46 - Grau de Participação

Dados do atendimento

47 - Tipo Atendimento

01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar

48 - Tipo de saída

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 - Qtde.

58 - Via

59 - 60 - % Red. / Acresc.

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

86 - Data e Assinatura do Solicitante

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Página 1

Felipe Campos

CATE1567

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

	Aluno: Gustavo Mathews Vieira Cremona	
	Nº da Carteira: 13.3.2675	
	Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina	
Data de Nascimento: 09/03/2007		
Nº da Guia: 22177.001		

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/10/2024	10:56:34	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo	Torção
	Joelho Esquerdo	

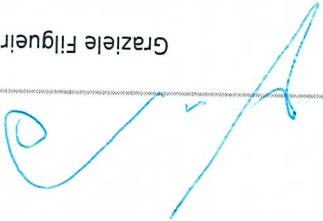
Descrição
Aluno alega que ontem estava futebol e ao correr, torceu o joelho E, na hora colocou gelo no local. Hoje procurou o serviço de enfermagem alegando dor +++

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	17/10/2024

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 solicitada pelo médico

Ass.: 

Graziele 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: assistencia medica@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
assistencia medica@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: 9.239.098
Nº I.C: 9.638.737

Paciente:

Alex Tadaeski

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matrícula:

1333213

Categoria:

Básico

Prontuário: 1336374

Data Entrada: 16/10/2024 15:25:09

Data Saída: 16/10/2024 19:27:20

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Felipe Neves Campos

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: Não informada

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Origem:

Dt.Conta: 25/10/24 12:12

Dt.Inicial: 16/10/24 15:25

Dt.Final: 16/10/24 19:27

Refer: 31/10/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq. Data

Código

Descrição

Ressonância Magnética

Qtde VI Filme Vr. Exame VI Total

1 16/10/2024 41101316 Articular (Por Articulação)

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

553402

V.2.0A

Atend.: 9204906

Conta:

Escola Adventista

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

2 - N° 20837004

600784

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

8 - Número da Carteira
1333213

9 - Plano
Básico

10 - Validade da Carteira
31/12/2222

11 - Nome
Alex Tadaeski

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
Felipe Neves Campos

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Número no Conselho
20308

19 - UF
SC

20 - Código CBO
653

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - 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 NA REGIAO PATELAR E TAT

25 - Tabela

26 - Código do procedimento
41101316

27 - Descrição
RM de Joelho

28 - Qt Solic.
1

29 - Qt Autoriz.
1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Lo

39 - CEP

40 - Código CNES

40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Tipo Atendimento

44 - Remoção

45 - Pequena cirurgia

46 - Consulta

47 - Exame

48 - Atendimento Domiciliar

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

51 - Data

52 - Hora inicial a 53 - Hora final

54 - Tabela

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Hora inicial a 58 - Hora final

59 - Tabela

60 - Código do Procedimento

61 - Descrição

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total k. ocimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data e Assinatura do Prestador Executante

HOSPITAL Dana HELENA

Presc. 12210152

Ressonância Magnética - CDI

ID Paciente: 1755883

Paciente: Alex Tadaeski

Nome Social

Prontuario: 13363/4

DT Solic.: 16/10/24

03.26 (07.00)

Idade: 11a 1m

DT Nascimento: 20/08/2013

Resultado a partir de: 21/10/2024 17:00:00

**Disponível em formato digital, acesse: www.donahelena.com.br/clickvita, informe: Protocolo:10629239098 e senha:6JC68(Maiuscula)

N. Exame

Exame

Ado

Ac Number

E

19583612

RM de Joelho

3 - / /

Dr. Felipe Neves Campos

5 - / /

4 - / /

Otoposte e Traumatologia

6 - / /

5 - / /

54 - Observação

65 - Total k. ocimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data e Assinatura do Prestador Executante

Página 1

Felipe Campos

CATE1567

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

Ass.:

Graziele Filgueiras

Km de joelho

Motivo do Retorno

HdH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

E7T

כאמור

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

(47) 3451-3365

Local de atendimento

Endergo

15N

Bairro

elestone

Margareth

Quem presta socorros

Data

10/09/2024

Edmilson

Testemunha da ocorrência

Telephone

(47) 3447-7400

Descrição

Aluno estava jogando pique bandeira, torceu o joelho no momento da corrida.

Forçao

O que aconteceu

Partes do corpo

Joelino Esquerdo

01/10/2024

08:17:33

Ginasio

Aula de educação física

Data do Retorno

Horário

Local

Atividade

Data de Nascimento: 20/08/2013

Nº da Guia: 20837.005

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Nº da Carteirinha: 13.3.3213

Aluno: Alex Tadaeski

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



1 - Registro ANS 00000000	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	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome
1333520	Básico	31/12/2024	Levy Leitzke
			12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante		14 - Nome do Contratado		15 - Código do CNES	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		2521385	
846944405000167					

16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
Barbara Miroeski de Oliveira Pinto	CRM	33265	SC	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
		24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) FRATURA DA PARS ARTICULAR L5

25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt.Solic.	29 - Qt.Autoriz.
1	41001125	Tomografia de Coluna Lombo-Sacra até 3 segmentos	1	1

2

[illegible]

1. The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $\epsilon \rightarrow 0$.

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible][illegible]

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

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

Consulta Referència

49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença
---------------------	----------------------

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:11 11 June 2015

Procedimentos e Exames Realizados	57 - Qtd	58 - Via	59 - 60 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$

51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição

[illegible]2

3

4

5

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

1. _____

3. _____

5. _____

7. _____

9. _____

Trial	Control	MCI	AD
1	95	85	75
2	95	85	75
3	95	80	70
4	95	78	68
5	95	75	65

[illegible]

64 - Observação

70 - Total Disease B\$		71 - Total Geral da Gula R\$
70 - Total Casos Medicinave R\$		

	65 - Total Procedimentos R\$	=	
	66 - Total Taxas e Aluguéis R\$	=	
	67 - Total Materiais R\$	=	
	68 - Total Medicamentos R\$	=	
	69 - Total Diárias R\$	=	
	70 - Total Outros Recursos R\$	=	

[illegible]

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
---------------------------------------	--	---	---

1. <u>Имя</u> 2. <u>Фамилия</u> 3. <u>Адрес</u> 4. <u>Телефон</u> 5. <u>Электронная почта</u> 6. <u>Подпись</u> 7. <u>Дата</u>	1. <u>Имя</u> 2. <u>Фамилия</u> 3. <u>Адрес</u> 4. <u>Телефон</u> 5. <u>Электронная почта</u> 6. <u>Подпись</u> 7. <u>Дата</u>	1. <u>Имя</u> 2. <u>Фамилия</u> 3. <u>Адрес</u> 4. <u>Телефон</u> 5. <u>Электронная почта</u> 6. <u>Подпись</u> 7. <u>Дата</u>
--	--	--

[illegible]

CRN-30

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Levy Leitzke
Nº da Carteira: 13.3.3520
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 15/01/2008 Nº da Guia: 21805.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/10/2024	10:56:39	igreja	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
carregando excesso de peso	Costas

Descrição
O Aluno teve uma fratura na região do cóccix a mais ou menos 3 (três meses) e hoje realizou muito esforço físico e sentiu uma dor muito forte na coluna na região torácica

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diogo da Mota de Lima	(47) 9601-1484

Quem prestou primeiros socorros	Data
Diogo da Mota de Lima	05/10/2024

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

Motivo do Retorno
Tomografia de tórax

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: Levy Leitzke

Nº da Carteira: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 21497.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/10/2024	11:07:56	Campus	Confraternização

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

Descrição

Aluno estava brincando com os colegas, quando caiu sobre o braço. EF com punho Direito, com presença de edema e um discreta hematoma. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi	(47) 3447-7400

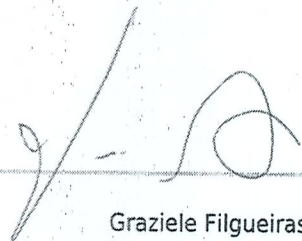
Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi	27/09/2024

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

Motivo do Retorno

Tomografia da coluna lombo-sacra até segmentos.

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

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

2 - N° 266606945 9256056
Atend.: 9256056
Conta:

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
346659					

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Plano
001006060630148	Basico
10 - Validade da Carteira	
31/12/2024	
11 - Nome	
Joao Pedro Araujo Santos	
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	

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

16 - Nome do Profissional Solicitante	
Marianne Briesemeister	
17 - Conselho Profissional	
CRM	
18 - Número no Conselho	
22359	
19 - UF	
SC	
20 - Código CBO	
617	

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

25 - Tabela	
1	26 - Código do procedimento
	41101014
27 - Descrição	
RM de Crânio	
2	
3	
4	
5	
28 - Qt.Solic.	
1	
29 - Qt.Autoriz.	
1	

Dados do Contratado Executante	
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome de
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome de

Dados de atendimento	
46 - Tipo Atendimento	47 - Nome de
01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia
03 - Terapias	04 - Consulta

Consulta Referência	
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença

Procedimentos e Exames Realizados	
51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final
1	54 - Tabela
2	
3	
4	
5	

63 - Data e assinatura de procedimentos em série	
1 -	2 -
3 -	4 -
5 -	
64 - Observação	

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

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

Página 1	
Marianne.B	
CATE1567	



HOSPITAL Dona HELENA

Presc.: 12231944

Ressonância Magnética - CDI

ID Paciente.: 1733346

Paciente : Joao Pedro Araujo Santos

Nome Social :

Prontuario: 1317977 Dt.Solic.: 25/10/24 03:00 (04:00)

Idade.....: 26a 7m Dt. Nascimento: 20/03/1998

Resultado a partir de: 30/10/2024 15:00:00

****Disponível em formato digital, acesse:**

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

Protocolo:10629258626 e senha:6NS0U2(Maiuscula)

Nº Exame : 19621830

RM de Crânio



9258626



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

2- Nº Guia no Prestador

266617094



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
346659		684668612	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
24/10/2024		266617094	
Dados Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
0010060606030148			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
130249		HOSPITAL MATER DONA HELENA	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
		CRM	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
2682		SC	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
225120			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
Eletiva		24/10/2024 16:19	
24 - Tabela		25 - Descrição	
22		41101014 RM - CRANIO (ENCEFALO)	
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
1		1	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
130249		HOSPITAL MATER DONA HELENA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	
23		9 - Não Acidentes	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	
		44 - Tec	
45 - Fator Real/Apresc		46 - Valor Total - R\$	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho		54 - UF	
		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1- _/ _/ _		3- _/ _/ _	
2- _/ _/ _		4- _/ _/ _	
5- _/ _/ _		7- _/ _/ _	
6- _/ _/ _		8- _/ _/ _	
9- _/ _/ _		10- _/ _/ _	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Nome do Beneficiário

Número do cartão

Product

Tipo Contratação

Nascimento

Segmentação

Pessoa Jurídica Contratante

Data Inicio Vigencia

Abstrangencia

Acomodação

Reg. Produto ANS

Validade

Número CNS

<https://servicosonline.cassi.com.br/Beneficiario/ConsultaCartao/Prestador/>

Atend.: 911

2 - N° 21446

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

Escola Adventista

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
000000					

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
1334568	Básico	30/12/2024	Luiz Fortana Neto	

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código do CNES	16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	2521385	Felipe Neves Campos	CRM	20308	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)	25 - Data	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qt. Solic.	29 - Qt. Autoriz.
	E - Eletivo U - Urgência / Emergência	M545	LOMBALGIA		41101227	RM de Coluna Lombo-Sacra	1	1

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

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	45a - Grau de Participação

46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Data e assinatura de procedimentos em série	49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Data	52 - Hora inicial e 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtd.
01 - Banho	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapia	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar					

58 - Data e assinatura de procedimentos em série	59 - Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Data e assinatura do Prestador Executante

61 - Data	62 - Hora inicial e 63 - Hora final	64 - Tabela	65 - Código do Procedimento	66 - Descrição	67 - Qtd.

68 - Data e assinatura de procedimentos em série	69 - Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Data e assinatura do Prestador Executante

71 - Data	72 - Hora inicial e 73 - Hora final	74 - Tabela	75 - Código do Procedimento	76 - Descrição	77 - Qtd.

78 - Data e assinatura de procedimentos em série	79 - Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável	80 - Data e assinatura do Prestador Executante

81 - Data	82 - Hora inicial e 83 - Hora final	84 - Tabela	85 - Código do Procedimento	86 - Descrição	87 - Qtd.

88 - Data e assinatura de procedimentos em série	89 - Data e assinatura do Beneficiário ou Responsável	90 - Data e assinatura do Prestador Executante



Presc: 12248414

Ressonância Magnética - CDI 9273344

ID Paciente: 1784641
Paciente: Luiz Fortana Neto
Nome Social:
Prontuario: 1346557 Dt. Solic: 01/11/24 05:59 (08:40)
Idade: 14a 9m Dt. Nascimento: 29/01/2010
Resultado a partir de: 06/11/2024 17:00:00
**Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10629273344 e senha: 2C0406(Maiuscula)
N° Exame: Lado: 19650532
RM de Coluna Lombo-Sacra

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20308 RQE 14630 TGO 1545

Felipe Campos

CATEI567

Felipe Campos

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luiz Fontana Neto

Nº da Carteira: 13.3.4668

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 29/01/2010

Nº da Guia: 21446.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
			Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
	Costas

Descrição

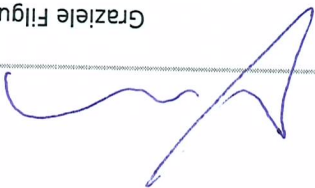
aluno alega que ontem ao jogar basquete, ao pular para arremessar a bola, quando encostou com os pés no chão, sentiu dores na região lombar. Informou que já no domingo no jogo de futebol, cai e também sentiu dores no mesmo lugar. Agora não consegue sentar corretamente ou realizar movimento de rotação, pois dói. Encaminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
	Bruno Rederd (47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
	Bruno Rederd 26/09/2024

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

Motivo do Retorno	Rm de coluna lombo-sacra	

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