

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

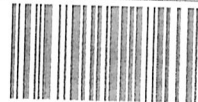
Escola Adventista

Período de 01/11/2024 00:00:00 até 30/11/2024 23:59:59

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

PROTOCOLO: AVATAR.CDI.
Seq protocolo: (602434)
Tipo protocolo: CDI
Documento convênio:
Nota fiscal:

Atend.	Paciente	Nota fiscal:													
		Nº guia	Matrícula	Refer	Data início		Data final		Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
					Senha	Autorizador	Data início	Data final							
9282015	Celine De Souza Mendes	20128015	1334522	11/24 06/11/24 15:00 06/11/24 15:41						1.764,76	0,00	0,00	0,00	0,00	1.764,76
9244314	Julia Soares Pedrosa Marques	20837005	1333213	11/24 18/10/24 18:10 18/10/24 18:40						983,92	0,00	0,00	0,00	0,00	983,92
9315687	Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos	22731001	1333893	11/24 25/11/24 13:39 25/11/24 14:48						983,92	0,00	0,00	0,00	0,00	983,92
9270263	Mateus Victor Jaras Prado	21945003	1333174	11/24 31/10/24 13:35 31/10/24 14:31						1.764,76	0,00	0,00	0,00	0,00	1.764,76
9276664	Levy Leitzke	21497002	1333520	11/24 04/11/24 14:57 04/11/24 15:35						983,92	0,00	0,00	0,00	0,00	983,92
				Total do protocolo						6.481,28	0,00	0,00	0,00	0,00	6.481,28
				NF-e											
				Dt. Vencimento											
				Data liquidação											
				Valor imposto											
				Valor título											
				Saldo título											

**Conta paciente****Nota:****Emissão:**Nº Atend: 9.282.015
Nº I C: 9.702.580

Paciente:

Celine De Souza Mendes

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matricula:

1334522

Categoria:

Básico

Prontuário: 921845

Data Entrada: 06/11/2024 15:00:44

Data Saída: 06/11/2024 15:41:43

Motivo Alta: 4 Alta médica

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: 20128015

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Origem:

Dt.Conta: 11/11/24 12:51

Dt.Inicial: 06/11/24 15:00

Dt.Final: 06/11/24 15:41

Refer: 30/11/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadf

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	06/11/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	672,60	780,84
2	06/11/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	875,68	983,92
Total - Ressonância Magnética -				2,00	216,48	1.548,28	1.764,76
Total de Sadf				2,00	216,48	1.548,28	1.764,76

Total geral

1.764,76

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
13345229 - Plano
Básico10 - Validade da Carteira
31/12/202411 - Nome
Celine De Souza Mendes

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
8469440500016714 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE16 - Nome do Profissional Solicitante
Guilherme Augusto Stirma17 - Conselho Profissional
CRM

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caráter da Solicitação
E - Eletiva
U - Urgência / Emergência23 - CID 10
M25524 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
ENTORSE DE TORNZELO DIREITO RECIDIVANTE18 - Número no Conselho
2772219 - UF
SC20 - Código CBO
65325 - Tabela
26 - Código do procedimento
4110131627 - Descrição
RM de Tornzele-Direito28 - Qt. Solic.
129 - Qt. Autoriz.
1

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

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

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Tipo de saída

47 - Indicação de acidente

48 - Tipo de saída

Dados do Paciente

49 - Nome Social
Celine De Souza Mendes50 - ID Paciente
1249305

Ressonância Magnética - CDI

9282015

51 - Nome Social
Celine De Souza Mendes52 - Idade
14a 1m

Dt. Solic.: 06/11/24 03:01 (03:00)

Dt. Nascimento: 04/10/2010

Resultado a partir de: 11/11/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo:10629282015 e senha:0XR4T6(Maiúscula)N. Exame
RM de TornzeleLado
Ac. Number
19667088

53 - Descrição

54 - Via

55 - % Red. / Acresc.

56 - Valor Unitário - R\$

57 - Valor Total - R\$

58 - Total Medicamentos R\$

59 - Total Gases Medicinais R\$

60 - Total Geral da Guia R\$

61 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Data e Assinatura do Prestador Executante

64 - Data e Assinatura do Solicitante

65 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Data e Assinatura do Prestador Executante

68 - Data e Assinatura do Solicitante

69 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Data e Assinatura do Prestador Executante

72 - Data e Assinatura do Solicitante

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 Solicitante

77 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Prestador Executante

80 - Data e Assinatura do Solicitante

81 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Prestador Executante

84 - Data e Assinatura do Solicitante

85 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Prestador Executante

88 - Data e Assinatura do Solicitante

89 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Prestador Executante

92 - Data e Assinatura do Solicitante

93 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Prestador Executante

96 - Data e Assinatura do Solicitante

97 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Prestador Executante

100 - Data e Assinatura do Solicitante

101 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Prestador Executante

104 - Data e Assinatura do Solicitante

105 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data e Assinatura do Prestador Executante

108 - Data e Assinatura do Solicitante

109 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data e Assinatura do Prestador Executante

112 - Data e Assinatura do Solicitante

113 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Prestador Executante

116 - Data e Assinatura do Solicitante

117 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data e Assinatura do Prestador Executante

120 - Data e Assinatura do Solicitante

121 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data e Assinatura do Prestador Executante

124 - Data e Assinatura do Solicitante

125 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Prestador Executante

128 - Data e Assinatura do Solicitante

129 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data e Assinatura do Prestador Executante

132 - Data e Assinatura do Solicitante

133 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data e Assinatura do Prestador Executante

136 - Data e Assinatura do Solicitante

137 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Prestador Executante

140 - Data e Assinatura do Solicitante

141 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data e Assinatura do Prestador Executante

144 - Data e Assinatura do Solicitante

145 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data e Assinatura do Prestador Executante

148 - Data e Assinatura do Solicitante

149 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Prestador Executante

152 - Data e Assinatura do Solicitante

153 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data e Assinatura do Prestador Executante

156 - Data e Assinatura do Solicitante

157 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data e Assinatura do Prestador Executante

160 - Data e Assinatura do Solicitante

161 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Prestador Executante

164 - Data e Assinatura do Solicitante

165 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data e Assinatura do Prestador Executante

168 - Data e Assinatura do Solicitante

169 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

170 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data e Assinatura do Prestador Executante

172 - Data e Assinatura do Solicitante

173 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Prestador Executante

176 - Data e Assinatura do Solicitante

177 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

178 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Data e Assinatura do Prestador Executante

180 - Data e Assinatura do Solicitante

181 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

182 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Data e Assinatura do Prestador Executante

184 - Data e Assinatura do Solicitante

185 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

186 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data e Assinatura do Prestador Executante

188 - Data e Assinatura do Solicitante

189 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

190 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Data e Assinatura do Prestador Executante

192 - Data e Assinatura do Solicitante

193 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

194 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Data e Assinatura do Prestador Executante

196 - Data e Assinatura do Solicitante

197 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

198 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data e Assinatura do Prestador Executante

200 - Data e Assinatura do Solicitante

201 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

202 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Data e Assinatura do Prestador Executante

204 - Data e Assinatura do Solicitante

205 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

206 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Data e Assinatura do Prestador Executante

208 - Data e Assinatura do Solicitante

209 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

210 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data e Assinatura do Prestador Executante

212 - Data e Assinatura do Solicitante

213 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

214 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Data e Assinatura do Prestador Executante

216 - Data e Assinatura do Solicitante

217 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

218 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Data e Assinatura do Prestador Executante

220 - Data e Assinatura do Solicitante

221 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

222 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data e Assinatura do Prestador Executante

224 - Data e Assinatura do Solicitante

225 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

226 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Data e Assinatura do Prestador Executante

228 - Data e Assinatura do Solicitante

229 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

230 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Data e Assinatura do Prestador Executante

232 - Data e Assinatura do Solicitante

233 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

234 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Data e Assinatura do Prestador Executante

236 - Data e Assinatura do Solicitante

237 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

238 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Data e Assinatura do Prestador Executante

240 - Data e Assinatura do Solicitante

241 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

242 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Data e Assinatura do Prestador Executante

244 - Data e Assinatura do Solicitante

245 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

246 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Data e Assinatura do Prestador Executante

248 - Data e Assinatura do Solicitante

249 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

250 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Data e Assinatura do Prestador Executante

252 - Data e Assinatura do Solicitante

253 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

254 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Data e Assinatura do Prestador Executante

256 - Data e Assinatura do Solicitante

257 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

258 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

259 - Data e Assinatura do Prestador Executante

260 - Data e Assinatura do Solicitante

261 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

262 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

263 - Data e Assinatura do Prestador Executante

264 - Data e Assinatura do Solicitante

265 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

266 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

267 - Data e Assinatura do Prestador Executante

268 - Data e Assinatura do Solicitante

269 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

270 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

271 - Data e Assinatura do Prestador Executante

272 - Data e Assinatura do Solicitante

273 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

274 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

275 - Data e Assinatura do Prestador Executante

276 - Data e Assinatura do Solicitante

277 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

278 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

279 - Data e Assinatura do Prestador Executante

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Celine de Souza Mendes

Nº da Carteirinha: 13.3.4522

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 04/10/2010

Nº da Guia: 20128.015

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/11/2024	09:39:18	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava descendo as escadas, tropeçou e torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência

Grazielly Abreu de Oliveira

Telefone

(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros

Grazielly Abreu de Oliveira

Data

20/08/2024

Local de atendimento

HDH - Hospital Dona Helena

Endereço

Rua Blumenau

Nº

123

Bairro

Centro

Telefone

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

Motivo do Retorno

Rm de tornozelo

Ass.:

Grazielle Filgueiras

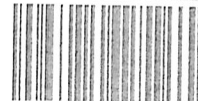
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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



HOSPITAL
Dona
HELENA

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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.244.314
Nº I C: 9.646.073

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matricula:
Julia Soares Pedrosa Marques	Escola Adventista	1333213
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 1347877	Data Entrada: 18/10/2024 18:10:39	Data Saída: 18/10/2024 18:40:42	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Felipe Younes Quattrin		Tipo Atend.: 7 - CDI
CID Princ.:			Espec/Clinica:
Guia: 20837005	Senha:	Val. Carteira: 31/12/2024	Origem:
Dt.Conta: 29/11/24 08:48	Dt.Inicial: 18/10/24 18:10	Dt.Final: 18/10/24 18:40	Refer: 30/11/24
	Título:		Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt							
Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
			Ressonância Magnética				
1	18/10/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	875,68	983,92
			Total - Ressonância Magnética -	1,00	108,24	875,68	983,92
			Total de Sadt	1,00	108,24	875,68	983,92
Total geral							983,92

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	
1334723	Básico	31/12/2024	Julia Soares Pedrosa Marques		
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			
16 - Nome do Profissional Solicitante					
Felipe Younes Quatrin					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
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)	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho
	E - Eletiva U - Urgência/Emergência	S800	emissor Joelho direito	CRM	21827
25 - Tabela	26 - Código do procedimento	27 - Descrição	28 - Qd.Solic.	29 - Qd.Autoriz.	
1	41101316	RM de Joelho-Direito	1	1	
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 34 -	35 - Município	36 - Município
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante / Complementar	42 - Conselho Profissio	43 -	37 - UF	38 - Cód. IBGE
Dados do atendimento					
46 - Tipo Atendimento	47 - Tipo de Doença	48 - Tempo de Doença	49 -	50 -	51 -
01 - Rencio	02 - Reparo cirurg	03 - Tempo	04 - Consulta	05 - Exame	06 - Atendimento Domiciliar
Consultas Referência					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 -	52 -	53 -	54 -
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 site					
1					
2					
3					
4					
5					
65 - Total Procedimentos R\$					
66 - Data e Assinatura do Solicitante	67 - Total Materiais R\$	68 - Total Medicamentos R\$	69 - Total Diárias R\$	70 - Total Gases Médicinas R\$	71 - Total Geral da Guia R\$
66 - Data e Assinatura do Solicitante					
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
69 - Data e Assinatura do Prestador Executante					

HOSPITAL
Dona HELENA
Presc: 12215661
Ressonância Magnética - CDI
9244314

ID Paciente...: 1791647
Paciente: Julia Soares Pedrosa Marques
Nome Social: 1347877
Prontuario: 1347877
Idade: 16a 5m
Resultado a partir de: 23/10/2024 17:00:00
*Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10629244314 e senha: S60F2H(Maiúscula)
Nº Exame
RM de Joelho

Lado Ac. Number
D 19592846

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Júlia Soares Pedrosa Marques
Nº da Carteira: 13.3.4723
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina
Data de Nascimento: 26/06/2008
Nº da Guia: 22110.001

Data do Retorno		Horário	Local	Atividade
17/10/2024		10:58:09	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu
Torção
Joelho Direito

Descrição
Aluna estava jogando futebol e enroscou a perna em outro aluno causando uma torção , foi prestado os primeiros socorros com gelo e gelou, mas a aluna ainda continua com dor.

Testemunha da ocorrência
Margarete Lago
Margarete Lago
Telefone
(41) 99553-8912
(41) 99553-8912

Quem prestou primeiros socorros
Margarete Lago
Data
14/10/2024

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

Motivo do Retorno
Ressonância Magnética de Joelho

Ass.:

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@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@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



HOSPITAL
Dona
HELENA

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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.315.687
Nº IC: 9.751.130

Paciente:

Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matricula:

1333893

Categoria:

Básico

Prontuário: 1310618

Data Entrada: 25/11/2024 13:39:08

Data Saída: 25/11/2024 14:48:47

Motivo Alta: 4 Alta médica

Médico: Carlos M Cabreiro

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: 22731001

Senha: 41869748

Val. Carteira: 31/12/2024

Origem:

Dt. Conta: 29/11/24 08:48

Dt. Inicial: 25/11/24 13:39

Dt. Final: 25/11/24 14:48

Refer: 30/11/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt							
Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	25/11/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	875,68	983,92
Total - Ressonância Magnética -				1,00	108,24	875,68	983,92
Total de Sadt				1,00	108,24	875,68	983,92

Total geral

983,92

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	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 1333893	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2024	11 - Nome Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos	15 - Código do CNES 2521385		
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 Felipe Neves Campos						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter 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) ENTORSE DO TNZ DIREITO	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 20308	19 - UF SC
25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento 41101316	27 - Descrição RM de Tornozelo-Direito	28 - Qt.Solic. 1	29 - Qt.Autoriz. 1	20 - Código CBO 653	
2 -						
3 -						
4 -						
5 -						
Dados do Contratado Executante						
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - TI	33 - 31 - 35 - Logradouro - Número - Complemento	43 - Num		
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar						
41 - Nome do Profissional Executante / Complementar						
42 - Conselho Profissional						
43 - Num						
Dados do atendimento:						
46 - Tipo Atendimento	01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame	06 - 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
Procedimentos e Exames Realizados						
57 - Data	58 - Hora Inicial a 59 - Hora final	60 - Tabela	61 - Código do Procedimento	62 - Descrição		
63 - Data e assinatura de procedimentos em série						
64 - Observação						
65 - Total Procedimentos R\$						
66 - Total Taxas e Aluguéis R\$						
67 - Total Materiais R\$						
68 - Total Medicamentos R\$						
69 - Total Diárias R\$						
70 - Total Gases Medicinais R\$						
71 - Total Geral da Guia R\$						
66 - Data e Assinatura do Solicitante 18/07/2024						
67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização						
68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
69 - Data e Assinatura do Prestador Executante						



Presc: 12298435



ID Paciente.: 1724355

Paciente.: Ana Luiza Alves Rodrigues dos Santos

Nome Social.: Ressonância Magnética - CDJ

9315687

Prontuario.: 1310618

Dt. Solic.: 25/11/24 01:39 (02:00)

Dt. Nascimento: 10/09/2010

Idade.: 14a 2m

Resultado a partir de: 28/11/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse:

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

Protocolo: 10629315687 e senha: 0VC8E0(Maiúscula)

Nº Exame

RH de Tornozelo

Lado R: Número D 19736721

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: 22731.001



Data do Retorno		Horário	Local	Atividade
25/11/2024		14:39:03	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu		Partes do corpo	Tornozelo Direito
Torção			

Descrição

Aluna já teve uma lesão neste tornozelo a 3 meses atrás, ontem estava jogando bola e novamente torceu o o mesmo membro. local apresentando edema, e bastante dor ao toque.

Testemunha da ocorrência

Erenice Pereira de Araújo

Quem prestou primeiros socorros

Margareth

Local de atendimento

HDH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

Endereço

Nº

Bairro

123

Centro

Telefone

(47) 3451-3333

(47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Rm de tornozelo

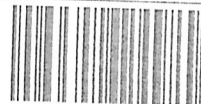
Ass.:

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sui 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

Impresso por: Grazielle Filgueiras

**Conta paciente****Nota:****Emissão:**Nº Atend: 9.270.263
Nº I C: 9.685.841

Paciente:

Mateus Victor Jaras Prado

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matricula:

1333174

Categoria:

Básico

Prontuário: 1347593

Data Entrada: 31/10/2024 13:35:21

Data Saída: 31/10/2024 14:31:39

Médico: Augusto Cesar Lopes

Motivo Alta: 4 Alta médica

Tipo Atend.: 7 - CDI

Espec/Clinica:

CID Princ.:

Guia: 21945003

Senha:

Val. Carteira: 30/12/2024

Origem:

Dt.Conta: 31/10/24 14:30

Dt.Inicial: 31/10/24 13:35

Dt.Final: 31/10/24 14:31

Refer: 30/11/24

Título:

Protocolo: AVATAR.CDI.

Sadt

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	31/10/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	672,60	780,84
2	31/10/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	875,68	983,92
Total - Ressonância Magnética -				2,00	216,48	1.548,28	1.764,76
Total de Sadt				2,00	216,48	1.548,28	1.764,76

Total geral

1.764,76

FICHA DE ATENDIMENTO - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nome Mateus Victor Jaras Prado
Atendimento 9270263
Mãe Marcia Liana Jaras Prado
Data Nascto 29/09/2006
Convênio Particular
Obs. Conv.:

Prontuário 1347593
Idade 18 anos e 1 mês
Cód.Usuário particular
Responsável

Data Atend. 31/10/2024
Sexo Masculino
Funcionário Ana.B
Médico Augusto Cesar Lopes

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

01. Autorizo o Hospital Dona Helena pratica qualquer procedimento diagnóstico realizado no Centro Diagnóstico por Imagem.
02. Estou ciente de que o Hospital Dona Helena não se responsabiliza por objetos e valores de pacientes e acompanhantes.
03. Declaro que estou ciente de todas as normas existentes no Hospital Dona Helena em relação aos procedimentos que serão realizados e aceito de forma irrevogável e irretroatável.
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, 31 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - RECEPCIONISTA

COMPROMISSÁRIO (A)

PACIENTE



HOSPITAL
Dona
HELENA

Presc: 12245117



Ressonância Magnética - CDI

9270263

ID Paciente... 1790283

Paciente : Mateus Victor Jaras Prado

Nome Social :

Prontuario: 1347593

Dt. Solic. 31/10/24 01:35 (02:00)

Idade: 18a 1m

Dt. Nascimento: 29/09/2006

Resultado a partir de: 05/11/2024 15:00:00

**Disponível em formato digital, acesse:

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

Protocolo: 10629270263 e senha: 9EB6D8 (Maiúscula)

N. Exame

RM de Punho

Lado Ac. Number

19645038

601891
transferrir

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Mateus Victor Jara Prado

Nº da Carteira: 13.3.3174

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 29/09/2006

Nº da Guia: 21945.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	14:08:46	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Mão Direita, Mão Esquerda

Descrição

Aluno alega que a um mês atrás estava jogando bola e caiu, na hora apoiou com o braço para não se machucar, desde então sentiu dor em região lateral do punho D e D, devido a dor ele tem perdido a força e privação de movimento. Encaminhou ao serviço de emergência para avaliação e conduta

Testemunha da ocorrência

Telefone

Bruno Rederd

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Data

Bruno Rederd

09/10/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

HDH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123 Centro

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

Motivo do Retorno

Exame agendado pelo médico de plantão para ressonância no dia 31/10/2024 às 14:00.

Pr. Geazi G. de Oliveira
Preceptor

Ass.:

Geazi Gomes de Oliveira

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Geazi Gomes de Oliveira

1 de 1

31/10/2024

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

2 - Nº 9225053

Atend.: 9225053
Conta:

V.2.0A

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

Dados do Beneficiário		9 - Plano Especial	10 - Validade da Carteira 31/12/2222	11 - Nome Mateus Victor Jaras Prado	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 Augusto Cesar Lopes		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 27362	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) LESÃO DA FIBROCARTEILAGEM TRIANGULAR EM PUNHO DIREITO
---	--	-------------------------------	---	---------------------	---

25 - Tabela 1	26 - Código do procedimento 41101316	27 - Descrição RM de Punho-Direito	28 - Qt.Solic. 1	29 - Qt.Autoriz. 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	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar		42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	45a - Grau de Participação		

Dados do atendimento		46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo de saída
01 - Remoção	02 - Pequena cirurgia	03 - Terapias	04 - Consulta	05 - Exame
06 - Atendimento Domiciliar		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho		

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

Procedimentos e Exames Realizados		51 - Data	52 - Hora inicial a 53 - Hora final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição	57 - Cide.	58 - Via	59 - Red./Acresc.	60 - Valor Unitário - R\$	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
-----------------------------------	--	-----------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-------------------	---------------------------	---------------------------	------------------------

1												
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 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



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.276.664
Nº IC: 9.694.923

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matricula:
Levy Leitzke	Escola Adventista	1333520
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 1340840	Data Entrada: 04/11/2024 14:57:49	Data Saída: 04/11/2024 15:35:28	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Carlos Henrique Mendonça		Tipo Atend.: 7 - CDI
			Espec/Clinica:
CID Princ.:			
Guia: 21497002	Senha:	Val. Carteira: 30/12/2024	Origem:

Dt.Conta: 04/11/24 15:34	Dt.Inicial: 04/11/24 14:57	Dt.Final: 04/11/24 15:35	Refer: 30/11/24	Protocolo: AVATAR.CDI.
		Título:		

Sadf				Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Seq.	Data	Código	Descrição				
			Ressonância Magnética				
1	04/11/2024	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	108,24	875,68	983,92
			Total - Ressonância Magnética -	1,00	108,24	875,68	983,92
			Total de Sadf	1,00	108,24	875,68	983,92

Total geral	983,92
-------------	--------

CATE1567

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: 21497.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/11/2024	15:48:03	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

Rm punho

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: 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