

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Escola Adventista

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

Período de 06/05/2025 00:00:01 até 06/05/2025 23:59:59

PROTOCOLO: 619057
Seq protocolo: (619057)
Tipo protocolo: Emergência
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							
9588107	Alice Pickler		9588107	05/25	16/04/25	16:25	16/04/25	17:28	209,88	0,00	0,00	0,00	209,88
				Total do protocolo		1/1		209,88		0,00		0,00	



HOSPITAL
Dona
HELENA

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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.588.107
Nº I C: 10.132.795

Paciente: Alice Pickler	Convênio: Escola Adventista	Usuário/Matrícula: 9588107
Categoria: Básico		

Prontuário: 1231981	Data Entrada: 16/04/2025 16:25:17	Data Saída: 16/04/2025 17:28:04	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Augusto Cesar Lopes		Tipo Atend.: 3 - Pronto Atendimento
CID Princ.: M25.5 Dor articular			Espec/Clinica: 8 Emergência
Guia: Não informada	Senha:	Val. Carteira: 31/12/2025	Origem:
Dt.Conta: 16/04/25 17:06	Dt.Inicial: 16/04/25 16:25	Dt.Final: 16/04/25 17:28	Refer: 30/05/25
			Protocolo: 619057

Sadt							
Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Radiologia							
1	16/04/2025	40804089	Articulação Tibiotársica (Tornozelo)	1,00	2,34	49,32	51,66
2	16/04/2025	40804097	Pé Ou Pododáctilo	1,00	3,90	49,32	53,22
Total - Radiologia -				2,00	6,24	98,64	104,88
Total de Sadt				2,00	6,24	98,64	104,88

Procedimentos							
Seq.	Proced.	Descrição	Crm	Médico	Função	Qtde	Valor
1	10101039	Em Pronto Socorro	27362	Augusto Cesar Lopes	Ortopedista (TISS)	1,00	105,00
Total de Procedimentos						1,00	105,00

Total geral						209,88
-------------	--	--	--	--	--	--------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: *Alia Pichler*

Nº da Carteirainha:

Instituição: *Colégio Adventista CAJ*

Data de Nascimento:

Nº da Guia: *001.2025*

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>16/04/25</i>	<i>15:22</i>	<i>Quadra</i>	<i>Educação Física</i>

O que aconteceu	Partes do corpo
<i>Aluna virou o pé</i>	<i>pé direito</i>

Descrição
<i>Aluna virou o pé na aula da educação física.</i>

Testemunha da ocorrência	Telefone
<i>Professora Patricia</i>	<i>3043-5300</i>

Quem prestou primeiros socorros	Data
<i>Giselle</i>	<i>16/04/25</i>

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
<i>H. Dona Helena</i>				

Observações
<i>Aluna foi atendida pela professora, colocamos gelo no local. Fui a guia médica e contato com a mãe.</i>

Ass.: *Giselle Bertolino*

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br