

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Escola Adventista

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

Período de 26/05/2025 00:00:01 até 26/05/2025 23:59:59

PROTOCOLO: 621158
Seq protocolo: (621158)
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						
9659483	Sophia Hryncz												
		10237459	1334988	05/25 22/05/25 09:25 22/05/25 10:11				983,92	0,00	0,00	0,00	0,00	983,92
				Total do protocolo		1/1		983,92	0,00	0,00	0,00	0,00	983,92
		Título	Nota Fiscal	NF-e	Dt. Vencimento	Data liquidação	Valor imposto	Valor título	Saldo título				



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



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 9.659.483
Nº IC: 10.237.459

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:
Sophia Hryncz	Escola Adventista	1334988
Categoria:		
Básico		

Prontuário: 1365367	Data Entrada: 22/05/2025 09:25:25	Data Saída: 22/05/2025 10:11:43	Motivo Alta: 4 Alta médica
	Médico: Felipe Neves Campos		Tipo Atend.: 7 - CDI
			Espec/Clinica:
CID Princ.:			
Guia: 10237459	Senha:	Val. Carteira: 31/12/2025	Origem:

Dt.Conta: 23/05/25 11:23	Dt.Inicial: 22/05/25 09:25	Dt.Final: 22/05/25 10:11	Refer: 30/05/25
	Título:		Protocolo: 621158

Sadt Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	22/05/2025	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

Escola Ad. ...

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

2 - Nº 28411

V.2.0A
Atend.: 9648520
Conta:

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 16/05/2025
----------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira 1334988	9 - Plano Básico	10 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Nome Sophia Hlynz	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 - Caracter da Solicitação E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - CID 10 M255	24 - Indicação Clínica(operatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) DOR NO JOELHO DIREITO
--	---	---------------------	---

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



HOSPITAL Dana HELENA

Presc.: 12697204

ID Paciente.: 1871595

Paciente.: Sophia Hlynz

Nome Social: 1365340/ Dt. Solic.: 22/05/25 09:26 (09:20)

Prontuario: Dt. Nascimento: 09/03/2010

Idade: Resultado a partir de: 27/05/2025 15:00:00

49 - **Disponível em formato digital, acesse: www.donahelena.com.br/clickvita, informe: Protocolo: 10629659483 e senha: 7dJ8J0(Mai scula)

1 - N. Exame
2 - RM de Joelho

3 - Lado
4 - Ac. Number
5 - D
6 - 20434705

32 - TI	33 - 34 - 35 - Logradouro - Numero - Complemento	36 - Municipio	37 - UF	38 - Cód. IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
42 - Conselho Profissional	43 - Numero no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação		

47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho	48 - Tipo de saída
--	--------------------

56 - Descrição	57 - Cide.	58 - Via	59 - % Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
----------------	------------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

5 - / / / / /	6 - / / / / /	7 - / / / / /	8 - / / / / /	9 - / / / / /	10 - / / / / /
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------

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 Prestador Executante
---------------------------------------	--	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Sophia Hryncz

Nº da Carteira: 13.3.4988

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 09/03/2010

Nº da Guia: 28411.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/05/2025	08:15:01	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava jogando volei e caiu com o joelho no chão, no dia seguinte foi jogar e caiu de novo sentindo o mesmo local. Sente dor para caminhar e subir escadas quando flexiona a perna. Não consegue segurar peso do corpo na perna direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Araújo	(47) 99773-0494
Erenice Araújo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prepa Margareth	16/05/2025

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 Joelho

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