

Instituto Adventista

2 - N° Guia no Prestador 5876215

1 - Registro ANS		3 - N° Guia Principal	
4 - Data da Autorização 10/04/2025		5 - Senha 25727002	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25727002	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7584589	
9 - Validade da Carteira 27/03/2025		10 - Nome EMILLY SOUZA DE ANDRADE	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 77858611001414	
14 - Nome do Contratado UNIMED GRANDE FLORIANOPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 7931		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 10/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
1 22		10101012	
26 - Descrição EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)		27 - Qtde.Solic. 1	
		28 - Qtde.Aut. 0	
29			
30			
31			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		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 - Qtde.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
1			
2			
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		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 -	
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 Medici	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
10/04/2025		10/04/2025	
67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	
10/04/2025		10/04/2025	
EMILLY SOUZA DE ANDRADE		Dt Nasc: 15/12/08	
Mae: ARLETE ZENAIR SOUZA DE A		Atend: 3493407 1	
Instituto Adventista		*3493407*	
Impresso em: 10/04/2025 17:04:47		Página 1	
rita.caetano		vva1 E701	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

Aluno: Emilly Souza de Andrade
Nº da Carteirinha: 7.58.4589
Instituição: Colégio Adventista de Florianópolis - Estreito

Data de Nascimento: 15/12/2008

Nº da Guia: 25727.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	13:25:42	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna tropeçou sozinha e acabou virando o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Monitor Vitor

Telefone

(48) 3039-8054

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUGF - HOSPITAL UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Rua Manoel Loureiro	1910	Barreiros	(48) 3288-4100

Motivo do Retorno

Encaminhamento para realização de consulta de Retorno marcada para dia 10/04/2025 às 17:15hs no ambulatório do Hospital da Unimed 3º Andar.

Ass.:

JUVENAL ARNO SILVEIRA

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: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME **EMILLY SOUZA DE ANDRADE**

FILIAÇÃO
CLAUDIONEI DE ANDRADE
ARLETE ZENAIR SOUZA DE ANDRADE

DATA NASCIMENTO
15/12/2008

NATURALIDADE
FLORIANÓPOLIS SC

OBSERVAÇÃO
Emilly Souza de Andrade

TIPO/FATOR RH

NÃO PLASTICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1986

DNI

RG e CPF **122.906.199-14** DATA DE EXPEDIÇÃO 22/DEZ/08

REGISTRO CIVIL
CERT. NASC. 19914 LV A-60 FL 19
CART. RCN-BIGUAÇU SC

T. ELEITOR CTPS SERIE UF

INSTR. PIS / PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNS

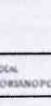
Julio Freiburger Fernandes
JULIO FREIBERGER FERNANDES

Polgar direito

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO



CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º NOME E SOBRENOME
CLAUDIONE DE ANDRADE

1ª EMISSÃO
09/02/1994



3 DATA, LOCAL E UF DE INSCRIÇÃO
03/11/1970, SÃO JOSÉ, SC

4a DATA EMISSÃO **4a VALIDADE** **AC**
30/10/2023 **26/10/2026** **D**

4e CDC (CONTINUIDADE) / CATEGORIA / UF
Z308858 SSP SC

4d CTR **5 Nº REGISTRO** **6 CTR VAG**
678.829.949-87 **0308976687** **AB**

NACIONALIDADE
BRASILEIRO(A)

FUNÇÃO
JOAQUIM NAZARIO DE ANDRADE

ORLANDINA SALOME ANDRADE

Joaquim N. de Andrade

7 ASSINATURA DO TITULAR

	9	10	11	12		9	10	11	12
A					D				
A1				26/10/2026	D1				
B					B				
B1				26/10/2026	B1				
C					C				
C1					C1				
					D1				
					D1B				

12 OBSERVAÇÃO

LOCAL
FLORIANÓPOLIS, SC

ARMADOR ESTATALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

25081210306
SC194701810

SANTA CATARINA

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio do programa Assinador Serpro.

As orientações para instalar o Assinador Serpro e realizar a validação do documento digital estão disponíveis em:
<https://www.serpro.gov.br/assinador-digital>.

SERPRO/SENATRAN

I<BRA030892766<023<<<<<<<<<<
7011030M2810261BRA<<<<<<<<<<4
CLAUDIONEI<<DE<ANDRADE<<<<<<<

Paciente **EMILLY SOUZA DE ANDRADE**

Data Nascto. 15/12/2008 16 Anos

Sexo Feminino

Telefone 999483207

Leito 1

Atendimento **3.493.407**

Prontuário 78.225

Dt. Entrada 10/04/2025 16:49:02

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/04/2025 17:49	10/04 18:03	Médico	Anamnese Ambulatorial		MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI	CRM 7931

CONSULTA RETORNO

Anamnese / Exame Físico: : Refere que ha cerca de 2-3 semans (27 de março) teve um entorse no tornozelo esq durante jogo de handebol no colegio adventista
refere que a quadra estava umida (externa)

usg= ruptura do TFA com peq avulsão ossea

c= mantido o tto conservador

bota + 2 sem de bota imobilizadora e apos tornozeleira em neoprene

iniciar fisioterapia

gelo

revisão em 4 semanas

Diagnósticos desta consulta: : S93.4 Entorse e distensao do tornozelo;

Metas em Saúde / Plano Terapêutico: : sim

orientado o tto conservador

As Metas foram atingidas? : Sim

Alta da especialidade ambulatorial? : Não

Encaminhamentos (Referência x Contra-Referência):

Exames : sim

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

Convênio:

Usuário/Matrícula:

EMILLY SOUZA DE ANDRADE

Instituto Adventista

7584589

Categoria:

Instituto Adventista

Prontuário: 78225

Data entrada: 10/04/2025 16:49:02

Data saída: 10/04/2025 19:32:05

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI (CRM 7931)

Tipo atend: 8 - Atendimento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 15/12/2008

Sexo: F

CID Princ: S93.4 Entorse e distensao do tornozelo

Guia: 25727002

Senha: 25727002

Dt Conta: 10/04/25 17:04

Dt inicial: 10/04/25 16:49

Dt final: 10/04/25 19:32

Refer: 30/04/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	AMBULATORIO	Setor sem acomodação	1/	10/04/2025 16:49:02	10/04/2025 19:32:05

Procedimentos Diversos

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	10/04/25 16:49	AMBULATORIO	10101012	Em Consultório (No Horário Normal Ou Preestabelecido)	1,00	7931	MARCELO	Clínico	100,32
Total de Procedimentos Diversos					1,00				100,32

Total geral R\$

100,32

Impresso em 16/04/2025 15:56:26

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001



Aluno: Lara Schmitt de Souza
Nº da Carteirinha: 7.205.1311
Instituição: Colégio Adventista Palhoça

Data de Nascimento: 17/07/2017

Nº da Guia: 27616.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/04/2025	17:49:12	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Rosto

Descrição

Estava correndo na aula de educação física e esbarrou em outro colega. O nariz sangrou. A aluna referiu dor no local.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Thaillys

(48) 3083-9450

Elaine

(48) 3083-9450

Quem prestou primeiros socorros

Data

Glaucya Collaço

23/04/2025

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

PA INFANTIL UNIMED
UNID.CENTRO - MENORES DE 15
ANOS EXCLUSIVO

Rua Madalena Barbi

204 Centro

(48) 3216-8222

Motivo do Retorno

Retorno agendado para amanhã 24/04/25 às 16:45, no Hospital Unimed - 3º andar - com o Dr. Rafael Boemio. Autorizado pelo AMA.

Ass.:

Glaucya Francini Collaço

176.726.884/0135-301

INST. ADV. SUL BRAS. DE EDUCAÇÃO
COLÉGIO ADVENTISTA

Av. Raulino Pagani, Nº 420

CEP: 88132-199 - Pagani

Palhoça/SC

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: 15.116.763/0003-31

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Unimed

Manoel Loureiro, S/N - São José - SC

CNPJ:77858611001414 - Inscrição estadual: - Fone:

(CNES 9671145)

Conta paciente

(77858611001414)

Nota:

Paciente:

LARA SCHMITT DE SOUZA

Convênio:

Instituto Adventista

Usuário/Matrícula:

27616001

Categoria:

Instituto Adventista

Emissao:

Nº atend: 3.508.215

Nº IC: 21.337.818

Prontuário: 99872242

Data entrada: 24/04/2025 16:20:40

Data saída: 24/04/2025 18:09:14

Motivo Alta: Alta melhora

Médico: Dr. RAFAEL LUIS BOEMO (CRM 19670)

Tipo atend: 8 - Atendimento

Espec/Clinica: 1 Clinica Adulto

Proc Princ: 00000000 0

Tipo acomodação Setor sem acomodação

Data 17/07/2017

Sexo: F

CID Princ: T70.0 Otite barotraumatica

Guia: 27616001

Senha: 27616001

Dt Conta: 24/04/25 16:23

Dt inicial: 24/04/25 16:20

Dt final: 24/04/25 18:09

Refer: 30/04/25

Movimentação do Paciente

Seq	Classificação	Setor	Acomodação	Unidade	Dt. Entrada	Dt. Saída
1	Serviços Especiais	AMBULATORIO	Setor sem acomodação	1/	24/04/2025 16:22:30	24/04/2025 16:22:30

Procedimentos Diversos

Seq	Dt Conta	Setor	Código	Descrição	Qtde	Crn	Médico	Função	Valor
1	24/04/25 16:23	AMBULATORIO	10101012	Em Consultório (No Horário Normal Ou Preestabelecido)	1,00	19670	RAFAEL LUIS	Clínico	100,32
Total de Procedimentos Diversos					1,00				100,32

Total geral R\$

100,32

Impresso em 25/04/2025 07:21:33

Pág 1

schayany.souza

FatAct_R7

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Unimed Grande Florianópolis. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://certisign-unimedflorianopolis.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/E7F8-07BD-9945-36A1> ou vá até o site <https://certisign-unimedflorianopolis.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: E7F8-07BD-9945-36A1



Hash do Documento

89FCB4B78F5F40985A04932B315688C7EB40490475EBB843F3F21F27E60D263F

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 24/04/2025 é(são) :

☒ LUANA SCHMITT (Signatário) - 044.717.439-88 em 24/04/2025 16:24 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Thu Apr 24 2025 16:24:20 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -27.5871175 Longitude: -48.6114668 Accuracy: 13.71

IP 187.103.104.58

Identificação: Por email: luanalu@hotmail.com

Assinatura:

Lumara Schmidt

Hash Evidências:

48E327B1AAADF158A352AB93EFE29E4B049008980466BB6435EE63E123A4EAEC



Paciente **LARA SCHMITT DE SOUZA**

Data Nascto. 17/07/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988212105

Leito 1

Atendimento **3.508.215**

Prontuário 99.872.242

Dt. Entrada 24/04/2025 16:20:40

Convênio Instituto Adventista Instituto

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/04/2025 16:38	24/04 16:46	Médico	Anamnese Ambulatorial		RAFAEL LUIS BOEMO	CRM 19670

PRIMEIRA CONSULTA**Comorbidades:**

: Nega Alergias;

Anamnese / Exame Físico: : LARA SCHMITT DE SOUZA:

EA: TRAUMA FACIAL HÁ 2 DIAS. EPISTAXES POSTERIOR
TRAUMA CONTUSO COM AMIGUINHO.
NEGA TRATAMENTO,,
OBSTRUÇÃO NASAL
SENSAÇÃO DE SURDEZ.

AP: NEGA
CX: NEGA
AMC: NEGA
PESO> 34.

RINOSCOPIA: CORNETOS PALIDOS.

SEM LATERORRINEA. INCHAÇO.

OROSCOPIA: AMIGDALAS GRAU 2-3.

OTOSCOPIA> OMS EM OD

HD: TRAUMA MAIS OMS EM OD

RECOMENDAMOS:

1) AMOXACILINA MAIS PERCOIDE MAIS AVAMSY MAIS GELO

2) RETORNO COM ORL

Diagnósticos desta consulta: : T70.0 Otite barotraumatica;**Metas em Saúde / Plano Terapêutico: : LARA SCHMITT DE SOUZA:**

Paciente **LARA SCHMITT DE SOUZA**

Data Nascto. 17/07/2017 7 Anos

Sexo Feminino

Telefone 988212105

Leito 1

Atendimento **3.508.215**

Prontuário 99.872.242

Dt. Entrada 24/04/2025 16:20:40

Convênio Instituto Adventista Instituto

EA: TRAUMA FACIAL HÁ 2 DIAS. EPISTAXES POSTERIOR
TRAUMA CONTUSO COM AMIGUINHO.
NEGA TRATAMENTO,,
OBSTRUÇÃO NASAL
SENSAÇÃO DE SURDEZ.

AP: NEGA
CX: NEGA
AMC: NEGA
PESO> 34.

RINOSCOPIA: CORNETOS PALIDOS.

SEM LATERORRINEA. INCHAÇO.

OROSCOPIA: AMIGDALAS GRAU 2-3.

OTOSCOPIA> OMS EM OD

HD: TRAUMA MAIS OMS EM OD

RECOMENDAMOS:

1) AMOXACILINA MAIS PERCOIDE MAIS AVAMSY MAIS GELO

2) RETORNO COM ORL

Encaminhamentos (Referência x Contra-Referência):