

1 - Registro ANS
ISENTO3 - Nº Guia Principal
38064 - Data da Autorização
14/09/20215 - Senha
3806

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
66825496 - Data Validade da Senha
30/12/20217 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
380610 - Nome
Julia Berlemes

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
8469440500016714 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE15 - Nome do Profissional Solicitante
Felipe Neves Campos16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
2030818 - UF
SC19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
222 - Data da Solicitação
14/09/202123 - Indicação Clínica
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
4080312026 - Descrição
Rx Mao AP/Oblíqua27 - Qtda.Solic.
128 - Qtda.Aut.
122
40803120
Rx Mao AP/Perfi
10101039
Consulta em Emergência29 - Qtda.Solic.
130 - Qtda.Aut.
13
22
10101039
Consulta em Emergência31 - Qtda.Solic.
132 - Qtda.Aut.
1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
8469440500016730 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
2521385

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
14/09/202137 - Hora Inicial a 38 - Hora final
09:16:26 2239 - Tabela
40 - Código do Procedimento
4080312041 - Descrição
Rx Mao AP/Oblíqua42 - Qtda.
143 - Via
144 - Tec.
145 - Fator Red./Acrésc.
1.0046 - Valor Unitário (R\$)
37,8247 - Valor Total (R\$)
37,822
14/09/2021
09:16:27
09:16:27
22
40803120
Rx Mao AP/Perfi29 - Qtda.Solic.
130 - Qtda.Aut.
131 - Qtda.Solic.
132 - Qtda.Aut.
13
14/09/2021
09:10:26
09:10:26
22
10101039
Consulta em Emergência29 - Qtda.Solic.
130 - Qtda.Aut.
131 - Qtda.Solic.
132 - Qtda.Aut.
14
5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Reg.
49 - Gr.Part.50 - Código na Operadora/CPF
090469373851 - Nome do Profissional
Bruno Jose de Pinho Miranda52 - Conselho Profissional
0653 - Número no Conselho
1542454 - UF
SC55 - Código CBO
2253202
11
0904693738
Bruno Jose de Pinho Miranda29 - Qtda.Solic.
0630 - Qtda.Aut.
0631 - Qtda.Solic.
0632 - Qtda.Aut.
063
12
04485862909
Felipe Neves Campos29 - Qtda.Solic.
0630 - Qtda.Aut.
0631 - Qtda.Solic.
0632 - Qtda.Aut.
0656 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável1
2
3
4
5
6
7
8
9
1029 - Qtda.Solic.
130 - Qtda.Aut.
131 - Qtda.Solic.
132 - Qtda.Aut.
158 - Observação / Justificativa
laudo59 - Total Procedimentos (R\$)
175,6460 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
0,0061 - Total Materiais (R\$)
48,7662 - Total de OPME (R\$)
0,0063 - Total Medicamentos (R\$)
0,0064 - Total Gases Medicinais R\$
0,0065 - Total Geral (R\$)
224,4066 - Assinatura do Responsável pela Autorização
29/09/202167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
14/09/202168 - Assinatura do Contratado
14/09/2021

1 - Registro ANS ISENTO	2 - Número da Guia Referenciada 3806
----------------------------	---

3 - Código na Operadora 84694405000167	4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	5 - Código CNES 2521385
---	--	----------------------------

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial a 9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante			19-Nº Autorização de Funcionamento						
1	3	14/09/2021	10:43	10:43	19	70852588	4	036	1,00	12,19	48,76
20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											
20 - Descrição :											

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia Bertemes

Nº da Carteira: 6.68.2549

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguacu

Data de Nascimento: 26/09/2004

Nº da Guia: 3806



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/09/2021	15:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

A aluna prendeu a a mão no chão ao tentar recepcionar uma bola numa partida de vôlei

Testemunha da ocorrência

Leandro

Telefone

(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros

Leandro

Data

13/09/2021

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

Observações

A aluna foi encaminhada para sala da coordenação que fez contato com os responsáveis e informou a situação

Ass.:

Milton Rodrigues Filho

Jader Julio Tinelli
Gerente de Serviços de Saúde

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3864
----------------------------	-------------------------------

4 - Data da Autorização 20/09/2021	5 - Senha
---------------------------------------	-----------

6 - Data Validade da Senha 20/09/2021	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3864
--	---

8 - Número da Carteira 1332583	9 - Validade da Carteira 31/12/2021
-----------------------------------	--

10 - Nome Guilherme Castro Echterhoff	11 - Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------

12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Ruan Carlo Zanella	16 - Conselho Profissional 06
---	----------------------------------

17 - Número no Conselho 21844	18 - UF SC
----------------------------------	---------------

19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------	---

21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/09/2021	23 - Indicação Clínica CONTUSAO DE DEDOS SEM LESAO DA UNHA
-----------------------------------	--	---

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120	26 - Descrição Rx Dedo AP/Perfi	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------

2	22	10101039	Consulta em Emergência	1	1
---	----	----------	------------------------	---	---

3	22	30711037	Tala alumínio (MMSS)	1	1
---	----	----------	----------------------	---	---

4					
---	--	--	--	--	--

5					
---	--	--	--	--	--

29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	31 - Código CNES 2521385
--	---	-----------------------------

32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------------	--	----------------------------	--

36 - Data 1	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 20/09/2021 11:12:51	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 40803120	41 - Descrição Rx Dedo AP/Perfi	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acrec. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 37,82	47 - Valor Total (R\$) 37,82
----------------	--	-------------------	---	------------------------------------	----------------	---------------	----------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

2	20/09/2021	10:47:45	22	10101039	Consulta em Emergência	1	1	1,00	100,00	100,00
---	------------	----------	----	----------	------------------------	---	---	------	--------	--------

3	20/09/2021	11:34:29	22	30711037	Tala alumínio (MMSS)	1	1	1,00	11,57	11,57
---	------------	----------	----	----------	----------------------	---	---	------	-------	-------

4										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

1	11	08046937738	Bruno Jose de Pinho Miranda	06	15424	SC	225320
---	----	-------------	-----------------------------	----	-------	----	--------

2	12	01038293936	Ruan Carlo Zanella	06	21844	SC	225270
---	----	-------------	--------------------	----	-------	----	--------

3	12	01038293936	Ruan Carlo Zanella	06	21844	SC	225270
---	----	-------------	--------------------	----	-------	----	--------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

1	3	5	7	9
---	---	---	---	---

2	4	6	8	10
---	---	---	---	----

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 Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 20/09/2021	68 - Assinatura do Contratado 20/09/2021
---	--	---

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
ISENTO	3864

Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
3 - Código na Operadora	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		2521385
84694405000167			

Despesas Realizadas										
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial a	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material				18-Referencia do material no fabricante		19-Nº Autorização de Funcionamento				
1	3	20/09/2021	11:34	11:34	19	70799172	0,5	042	1,00	16,28
20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT										
2	3	20/09/2021	11:27	11:27	19	78202850	1	036	1,00	5,51
20 - Descrição : TALA METALICA 16X250MM										
3	7	20/09/2021	11:34	11:34	18	60023236	1	036	1,00	75,77
20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos										
4										
20 - Descrição :										
5										
20 - Descrição :										
6										
20 - Descrição :										
7										
20 - Descrição :										
8										
20 - Descrição :										
9										
20 - Descrição :										
10										
20 - Descrição :										
21 - Total Gases Medicinais (R\$)										
		0,00		22 - Total Medicamentos (R\$)		0,00		23 - Total Materiais (R\$)		13,65
								24 - Total de OPME (R\$)		0,00
								25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$)		75,77
								26 - Total Diárias R\$		0,00
								27 - Total Geral R\$		89,42

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Castro Echterhoff

Nº da Carteira: 13.3.2583

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 28/01/2005

Nº da Guia: 3864



ento

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2021	08:20:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda

Descrição

o aluno estava no treino da seleção de vôlei quando a levou uma bolada em seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Moises Cardoso	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Moises Cardoso	20/09/2021

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

Observações

O aluno foi atendido pelo Preceptor do residencial masculino e ele solicitou que fosse para o pronto socorro

Ass.:

Dr. Ruan Carlo Zanella
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 21844 RQE 17195 TEOT 16522

Reginaldo Luis Oliveira

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO		2 - Número da Guia Referenciada 3806		4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		5 - Código CNES 2521385					
Dados do Contratado Executante											
3 - Código na Operadora 84694405000167											
Despesas Realizadas											
6 - CD - 7 - Data	8 - Hora Inicial a 9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$			
17-Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante						19-A# Autorização de Funcionamento				
1	2 21/09/2021	13:36	13:36	20		90075099	1	013	1,00	7,50	7,50
20 - Descrição : CLORETO DE SÓDIO											
2	3 21/09/2021	13:36	13:36	19		78204038	1	036	1,00	25,05	25,05
20 - Descrição : ACESSORIO P/TRANSFERENCIA SOLUCAO 2PTA PERFURANTE TRANSOFIX											
3	3 21/09/2021	13:36	13:36	19		70852588	4	036	1,00	12,19	48,76
20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)											
4	3 21/09/2021	13:53	13:53	19		70034656	1	036	1,00	4,09	4,09
20 - Descrição : ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1MT 12UNID.											
5	3 21/09/2021	13:51	13:51	19		70799172	0,5	042	1,00	16,28	8,14
20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT											
6	3 21/09/2021	13:36	13:36	00		0000018483	4	036	1,00	0,59	2,36
20 - Descrição : Gaze Estéril 11 fios 7,5x7,5 c/ 05 unidades											
7	7 21/09/2021	13:51	13:51	18		60017104	1	036	1,00	39,76	39,76
20 - Descrição : Curativo médio											
8	7 21/09/2021	13:51	13:51	18		60023236	1	036	1,00	75,77	75,77
20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos											
9											
20 - Descrição :											
10											
20 - Descrição :											
21 - Total Gases Medicinais (R\$)											
0,00											
22 - Total Medicamentos (R\$)											
7,50											
23 - Total Materiais (R\$)											
88,40											
24 - Total de OPME (R\$)											
0,00											
25 - Total Taxas de Aluguel (R\$)											
115,53											
26 - Total Diárias (R\$)											
0,00											
27 - Total Geral (R\$)											
211,43											

Impresso em: 29/09/2021 14:25:53 Página 3 Maria Paula WATER70105

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Júlia Bertemes

Nº da Carteirinha: 6.68.2549

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 26/09/2004

Nº da Guia: 3806.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/09/2021	15:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição

A aluna prendeu a a mão no chão ao tentar recepcionar uma bola numa partida de vôlei

Testemunha da ocorrência

Leandro

Telefone

(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros

Leandro

Data

13/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3240-2931 (47) 3240-2931

Motivo do Retorno

Consulta pós-cirúrgica.

Dr. Afonso Augusto B. de S. Brito
CRM/SC - 16322

Ass.:

Milton Rodrigues Filho

Dr. Jan Taminari
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - ROE 17197 - T65

21/

12/15

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS
ISENTO

3 - Nº Guia Principal
3869

4 - Data da Autorização
21/09/2021

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
3869

8 - Número da Carteira
6684233

9 - Validade da Carteira
21/09/2021

10 - Nome
Micaella Soares Leandro

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
84694405000167

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

15 - Nome do Profissional Solicitante
Guilherme Augusto Stima

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27722

18 - UF
SC

19 - Código CBO
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/09/2021

23 - Indicação Clínica
DOR ARTICULAR

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803104

26 - Descrição
Rx Antiebraco AP/Perfil

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

2
22
40803090
10101039

Rx Colovelo AP/Perfil
Consulta em Emergência

1
1
1

4
22
40803112

Rx Punho AP/Perfil

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
84694405000167

30 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

31 - Código CNES
2521385

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
21/09/2021	09:50:24	22	40803104	Rx Antiebraco AP/Perfil	1	1	1	1.00	39,28	39,28
21/09/2021	09:49:20	22	40803090	Rx Colovelo AP/Perfil	1	1	1	1.00	37,82	37,82
21/09/2021	09:21:19	22	10101039	Consulta em Emergência	1	1	1	1.00	100,00	100,00
21/09/2021	09:49:51	22	40803112	Rx Punho AP/Perfil	1	1	1	1.00	40,00	40,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.	49 - Gr. Prof.	50 - Código na Operadora	CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	11	08046937738		Bruno Jose de Pinho Miranda	06	15424	SC	225320
2	11	08046937738		Bruno Jose de Pinho Miranda	06	15424	SC	225320
3	12	07001058912		Guilherme Augusto Stima	06	27722	SC	226270
4	11	08046937738		Bruno Jose de Pinho Miranda	06	15424	SC	225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____

2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	217,10	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00	61 - Total Materiais (R\$)	0,00	62 - Total de OPME (R\$)	0,00	63 - Total Medicamentos (R\$)	0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$	0,00	65 - Total Geral (R\$)	217,10	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021													67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 21/09/2021	68 - Assinatura do Contratado 21/09/2021

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Micaella Soares Leandro
Nº da Carteirinha: 6.68.4233
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguauçu



Data de Nascimento: 30/03/2012

Nº da Guia: 3869

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/09/2021	08:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

Chocou-se com um colega durante uma atividade na aula de educação física, sofreu uma queda e apoiou-se no braço o que causou dor e limitação dos movimentos da mão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ivana	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ivana	21/09/2021

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

Observações

O aluno foi socorrido e levado a sala de coordenação de disciplina onde foi feito contato com os responsáveis para possível encaminhamento para atendimento ambulatorial.

Ass.: _____

Milton Rodrigues Filho

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Escola Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador 3909

V.3.0

Atend.: 7399790
Conta: 7000628

1 - Registro ANS ISENTO		3 - Nº Guia Principal 3909	
4 - Data da Autorização 23/09/2021		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3909	
8 - Número da Carteira 6684325		9 - Validade da Carteira 23/09/2021	
10 - Nome Davi de Souza Cavalleiro		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RV N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 84694405000167		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	
15 - Nome do Profissional Solicitante Felipe Neves Campos		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20308		18 - UF SC	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/09/2021	
23 - Indicação Clínica CONTUSAO DO JOELHO		24 - Tipo de Atendimento 11	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804062		26 - Descrição Rx Joelho AP/Perfil/Axial de Patela	
27 - Cidade, Solic. 1		28 - Cidade, Aut. 1	
29 - Código na Operadora 84694405000167		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	
31 - Código CNES 2521385		32 - Tipo de Atendimento 11	
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 23/09/2021		37 - Hora inicial a 38 - Hora final 18:47:34 18:47:34	
39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 40804062	
41 - Descrição Rx Joelho AP/Perfil/Axial de Patela		42 - Cide. 1	
43 - Via 1		44 - Tec. 1	
45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 41,45	
47 - Valor Total (R\$) 41,45		48 - Seq. Rel. 12	
49 - Gr. Pat. 0448562909		50 - Código na Operadora CPF Felipe Neves Campos	
51 - Nome do Profissional Felipe Neves Campos		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 20308		54 - UF SC	
55 - Código CBO 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 141,45			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total Cases Medicinais R\$ 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 141,45			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 23/09/2021			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 23/09/2021			
68 - Assinatura do Contratado 23/09/2021			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi de Souza Cavalheiro
Nº da Carteira: 6.68.4325
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 22/08/2009

Nº da Guia: 3909

HDH - Pronto Atendimento

Dt. Int.: 23/09/2021 18:27:30 Nº Atend.: 7399790
Pront.: **1258987 Davi de Souza Cavalheiro**
Nasim: 22/08/2009 Sexo: M Idade: 12a 1m
Conven: Escola Adventista Cod: 6684325
Medico: 11111 - Medico Temporario

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/09/2021	16:05:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
O aluno foi acertado pelo mastro da rede de vôlei acidentalmente quando um colega estava removendo este.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Douglas	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cesar	23/09/2021

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

Observações
O aluno foi encaminhado para sala da coordenação onde recebeu cuidados prévios e foi feito contato com os pais.

Dr. Jan Tamanini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEOT 16563

Ass: _____

Milton Rodrigues Filho

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Milton Rodrigues Filho

1 de 1

23/09/2021 16:13

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3916	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 3916	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 24/09/2021	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 24/09/2021	10 - Nome Maria Klara Borges Schmitt	11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
15 - Nome do Profissional Solicitante Felipe Younes Quatrin	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21827
	18 - UF SC	19 - Código CBO 225270
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/09/2021	23 - Indicação Clínica FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA M
---	----------------------------------	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	30711037 Tala axilo (palmar)	1	1
2	22	30711010 Tipóia	1	1
3	22	40803104 Rx Antebraco AP/Perfil	1	1
4	22	40803112 Rx Punho AP/Perfil	1	1
5	22	10101039 Consulta em Emergência	1	1

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	31 - Código CNES 2521385
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do atendimento	32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------------	---	----------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	24/09/2021	10:53:18	22	30711037 Tala axilo (palmar)	1	1	1	1,00	11,57	11,57
2	24/09/2021	11:16:25	22	30711010 Tipóia	1	1	1	1,00	11,57	11,57
3	24/09/2021	10:11:02	22	40803104 Rx Antebraço AP/Perfil	1	1	1	1,00	39,28	39,28
4	24/09/2021	10:12:25	22	40803112 Rx Punho AP/Perfil	1	1	1	1,00	40,00	40,00
5	24/09/2021	09:52:02	22	10101039 Consulta em Emergência	1	1	1	1,00	100,00	100,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Seq. Rel.	49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO			
1	12	06604770923	Felipe Younes Quatin	06	21827	SC	225270			
2	12	06604770923	Felipe Younes Quatin	06	21827	SC	225270			
5	12	06604770923	Felipe Younes Quatin	06	21827	SC	225270			

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Gr.Pat.	50 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	06604770923	Felipe Younes Quatrin	06	21827	SC	225270
2	12	06604770923	Felipe Younes Quatrin	06	21827	SC	225270
5	12	06604770923	Felipe Younes Quatrin	06	21827	SC	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	7 - _____	8 - _____	9 - _____	10 - _____
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	6 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____	10 - ____/____/____	

59 - Total Procedimentos (R\$)	242,42	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	75,77	61 - Total Materiais (R\$)	129,36	62 - Total de OPM (R\$)	0,00	63 - Total Medicamentos (R\$)	0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$	0,00	65 - Total Geral (R\$)	447,55
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	24/09/2021								

1 - Registro ANS
ISENTO3 - Nº Guia Principal
39164 - Data da Autorização
24/09/2021

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3916

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
66945129 - Validade da Carteira
24/09/202110 - Nome
Maria Klara Borges Schmitt

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
8469440500016714 - Nome do Contratado
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE15 - Nome do Profissional Solicitante
Felipe Younes Quattrin16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
2182718 - UF
SC19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
222 - Data da Solicitação
24/09/202123 - Indicação Clínica
FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA M24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
4080311226 - Descrição
Rx Punho AP/Perfi

27 - Cide.Solte.

28 - Cide.Aut.

29 - Cide.Solte.

30 - Cide.Aut.

31 - Código CNES
2521395

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
8469440500016730 - Nome do Contratado
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE31 - Código CNES
2521395

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
11

33 - Indicação de acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
24/09/202137 - Hora Inicial a 38 - Hora final
10:54:0139 - Tabela
2240 - Código do Procedimento
4080311241 - Descrição
Rx Punho AP/Perfi

42 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)
1,0047 - Valor Total (R\$)
40,00

3

4

5

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq.Rel.

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

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

242,42

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

75,77

61 - Total Materiais (R\$)

129,36

62 - Total de OPMs (R\$)

0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total Gases, Medicinas R\$

0,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
29/09/2021

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24/09/2021

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS ISENTO	2 - Número da Guia Referenciada 3916
----------------------------	---

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 84694405000167	4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	5 - Código CNES 2521385
---	--	----------------------------

Despesas Realizadas

6 - CU / - Data	8 - Hora Inicial a 9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante					19-Nº Autorização de Funcionamento	
1 3 24/09/2021	10:36	10:36	19	5	036	1,00	6,32	31,60
20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 08CMX1,8MT(REPOUSO)								
2 3 24/09/2021	10:36	10:36	00	3	036	1,00	21,72	65,16
20 - Descrição : Atadura Gessada Plastrona 15cm								
3 3 24/09/2021	10:36	10:36	19	1	036	1,00	11,04	11,04
20 - Descrição : ATADURA ORTOPEDICA 15CMX1,8MT 12UNID.								
4 3 24/09/2021	10:53	10:53	19	0,5	042	1,00	16,28	8,14
20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 100CMX4,5MT								
5 3 24/09/2021	10:36	10:36	19	1	036	1,00	5,92	5,92
20 - Descrição : LAMINA BISTURI EST.NR.11 100UNID.FEATHER								
6 3 24/09/2021	11:16	11:16	00	1	042	1,00	5,15	5,15
20 - Descrição : Malha tubular 15cm								
7 3 24/09/2021	10:53	10:53	00	1	042	1,00	2,35	2,35
20 - Descrição : Malha tubular 6cm								
8 7 24/09/2021	11:16	11:16	18	1	036	1,00	75,77	75,77
20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos								
20 - Descrição :								
20 - Descrição :								
21 - Total Gases Medicinais (R\$)								
	0,00		0,00					
22 - Total Medicamentos (R\$)								
			0,00					
23 - Total Materiais (R\$)								
			129,36					
24 - Total de OPME (R\$)								
			0,00					
25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$)								
			75,77					
26 - Total Diárias R\$								
			0,00					
27 - Total Geral R\$								
								205,13

Pressão em: 29/09/2021 14:25:53

Página 4

Maria Paula

WATEZ040E

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Klara Borges Schmitt

Nº da Carteirinha: 6.68.4512

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguauçu

Data de Nascimento: 27/12/2013

Nº da Guia: 3916



orto

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2021	08:42:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição
A aluna estava correndo e caiu por sobre o braço o que causou um trauma .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leandro	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leandro	24/09/2021

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

Observações
A aluna foi encaminhada para sala da coordenação onde foi feito contato com os responsáveis para prover atendimento ambulatorial .

Ass.: _____

Milton Rodrigues Filho

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, 3447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone: (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Camile de Oliveira Lobo Franco

Nº da Carteirinha: 13.3.2752

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/06/2006

Nº da Guia: 3941



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2021	17:20:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna estava em aula de educação física, a mesma se desequilibrou e bateu forte o cotovelo no chão, ocasionando um inchaço imediato; A aluna recebeu o primeiro atendimento com gelo e gelol e foi encaminhada pra o hospital.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paula	47 9617-9262
Monitor Jhonatan	67 8186-5228

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jhonatan	27/09/2021

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

Observações
A aluna estava em aula de educação física, a mesma se desequilibrou e bateu forte o cotovelo no chão, ocasionando um inchaço imediato; A aluna recebeu o primeiro atendimento com gelo e gelol e foi encaminhada pra o hospital.

Dr. Guilherme A. Soares
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC: 24722 IFOT: 16453

Ass.:

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.804.029-38

João Teodoro de Azevedo Júnior

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Impresso por: João Teodoro de Azevedo Júnior

1 de

HDH - Pronto Atendimento

Dt. Int.: 27/09/2021 19:07:36 Nº Atend.: 7403239

Pront.: 1259208 Camile de Oliveira Lobo Franco

Nascim.: 21/06/2006 Sexo: F Idade: 15a 3m

Conven: Escola Adventista Cod: 1332752

Medico: 11111 - Medico Temporario

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____



1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3845
----------------------------	-------------------------------

4 - Data da Autorização 16/09/2021	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3845
---------------------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 6684340	9 - Validade da Carteira 16/09/2021	10 - Nome Lucas de Andrade Rodrigues	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--	---	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
----------------------	--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Marilise Alves	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 04028	18 - UF SC	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/09/2021	23 - Indicação Clínica OUTROS TRAUMATISMOS DO OLHO E DA ORBITA
---	----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1 22	10101039	Consulta Pronto Socorro (Pediatra)	1	1
2 22	40801012	Rx Crânio AP/Perfil	1	1
3				
4				
5				

Dados do Contratado, Executante	29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	31 - Código CNES 2521385
---------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do atendimento	32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 16/09/2021	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 15:31:54	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta Pronto Socorro (Pediatra)	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	16/09/2021	15:31:54	22	10101039	Consulta Pronto Socorro (Pediatra)	1	1	1	1,00	100,00	100,00
2	16/09/2021	16:25:41	22	40801012	Rx Crânio AP/Perfil	1	1	1	1,00	40,36	40,36
3											
4											
5											

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na Operadora/CPF 61924350904	51 - Nome do Profissional Marilise Alves	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 04028	54 - UF SC	55 - Código CBO 225124
---	----------------	----------------	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total Procedimentos (R\$) 140,36	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 140,36
---	--	---------------------------------	--	---	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 17/09/2021	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 16/09/2021	68 - Assinatura do Contratado 16/09/2021
---	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas de Andrade Rodrigues

Nº da Carteira: 6.68.4340

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 26/08/2013

Nº da Guia: 3845



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/09/2021	14:48:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
Na atividade de educação física o aluno caiu e bateu a cabeça no chão, provocando um pequeno ferimento em sua testa e quebrando o óculos. O mesmo passa bem.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Leandro	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	16/09/2021

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

Observações
Na atividade de educação física o aluno caiu e bateu a cabeça no chão, provocando um pequeno ferimento em sua testa e quebrando o óculos. O mesmo passa bem.

Ass.:

Milton Rodrigues Filho

Maurício Alves
CNPJ 4028
Homeopatia
3422-7155-3433-7070

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3919																
4 - Data da Autorização 24/09/2021	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3919														
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 1332660	9 - Validade da Carteira 24/09/2021	10 - Nome Nicolás Barnabe	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N											
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE														
15 - Nome do Profissional Solicitante Felipe Neves Campos	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20308	18 - UF SC	19 - Código CBO 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante												
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																	
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/09/2021	23 - Indicação Clínica CONTUSAO DO COTOVELO															
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em Emergência	27 - Cide.Solic. 1	28 - Cide.Aut. 1													
2	22	40803090	Rx Cotovelo AP/Perfil	1	1												
3																	
4																	
5																	
Dados do Contratado Executante																	
29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																
Dados do atendimento																	
32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento														
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																	
36 - Data 24/09/2021	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 14:51:06	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em Emergência	42 - Cide. 1	43 - Vin 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 100,00	47 - Valor Total (R\$) 100,00							
2	24/09/2021	15:04:39	22	40803090	Rx Cotovelo AP/Perfil	1	1	1,00	37,82	37,82							
3																	
4																	
5																	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																	
48 - Seq. Rel. 1	49 - Gr.Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 04485862909	51 - Nome do Profissional Felipe Neves Campos	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 20308	54 - UF SC	55 - Código CBO 226270										
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																	
1 -	/	/		3 -	/	/		5 -	/	/							
2 -	/	/		4 -	/	/		6 -	/	/							
58 - Observação / Justificativa																	
59 - Total Procedimentos (R\$) 137,82											60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 137,82	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021											67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 24/09/2021					68 - Assinatura do Contratado 24/09/2021	

Impresso em: 29/09/2021 14:25:59 Página 8 Maria Paula WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

HDH - Pronto Atendimento

Dt. Int: 24/09/2021 14:27:41 Nº Atend.: 7400730

Pront.: 1259036 Nicolas Barnabe

Nascim: 11/02/2007 Sexo: M Idade: 14a 7m

Conven: Escola Adventista Cod: 1332660

Medico: 11111 - Medico Temporario

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____



0970

Aluno: Nicolas Barnabé

Nº da Carteirinha: 13.3.2660

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 11/02/2007

Nº da Guia: 3919

Data da Ocorrência Horário Local
24/09/2021 11:31:00 Quadra

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Braço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

Descrição

o aluno teve uma colisão com colega durante um jogo de futebol, caindo no chão batendo com o cotovelo e o peso do próprio corpo.

Testemunha da ocorrência

Malton Cremonezi

Paula Aguilera

Telefone

(47) 3447-7400

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Moisés Cardoso

Data

24/09/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123 Centro

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

Observações

Passamos arnica e gelo por 20 minutos. Comunicamos os pais.

Ass.:

Moises Cardoso
Preceptor

Syendra Rinaldi De Quadros Oliveira

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20386 - RQE 150715/15

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3927																					
4 - Data da Autorização 24/09/2021	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3927																			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 6684340	9 - Validade da Carteira 24/09/2021	10 - Nome Lucas de Andrade Rodrigues	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N																
Dados do Solicitante																						
13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																					
15 - Nome do Profissional Solicitante Rafael Hoepfner Henn	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15297	18 - UF SC	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante																	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																						
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/09/2021	23 - Indicação Clínica S09 Outr trauma da cabeça e os NE																				
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta Pronto Socorro (Pediatra)	27 - Cide, Solic. 1	28 - Cide Aut. 1																		
Dados do Contratado, Executante																						
29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		31 - Código CNES 2521385																			
Dados do Atendimento																						
32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																						
36 - Data 1 24/09/2021	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 16:47:26	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta Pronto Socorro (Pediatra)	42 - Cide. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 100,00	47 - Valor Total (R\$) 100,00												
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																						
48 - Seq. Rel. 1	49 - Gr. Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 02373881977	51 - Nome do Profissional Rafael Hoepfner Henn	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 15297	54 - UF SC	55 - Código CBO 225124															
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																						
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____		7 - ____/____/____		9 - ____/____/____		10 - ____/____/____												
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____		8 - ____/____/____		10 - ____/____/____														
58 - Observação / Justificativa																						
59 - Total Procedimentos (R\$) 100,00											60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00		65 - Total Geral (R\$) 100,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021											67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 24/09/2021		68 - Assinatura do Contratado 24/09/2021									

Impresso em: 29/09/2021 14:25:59 Página 9 Maria Paula WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas de Andrade Rodrigues

Nº da Carteira: 6.68.4340

Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 26/08/2013

Nº da Guia: 3927



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2021	16:07:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo, Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo e chocou-se com um colega caindo no chão bateu o joelho e também a testa onde sofreu um corte

Testemunha da ocorrência	Telefone
Samuel	(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	24/09/2021

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

Observações

O aluno foi atendido previamente no local foi feito contato com os pais que vieram buscá-lo para levar no atendimento medico.

Ass.: _____

Milton Rodrigues Filho

Dra. Cristina Xavier
Pediatra
CRM/SC 11252

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

ESCOLA ADVENTISTA GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº Guia no Prestador 3930

Atend.: 7401538
Conta: 7002681

V.3.0

1 - Registro ANS ISENTO		3 - Nº Guia Principal 3930		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 3930	
4 - Data da Autorização 26/09/2021		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 26/09/2021		10 - Nome Joao Pedro Cardoso de Oliveira	
8 - Número da Carteira 3930				11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora 84694405000167		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE					
15 - Nome do Profissional Solicitante Rafael Ferreira Pimenta		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25493		18 - UF SC	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 26/09/2021		23 - Indicação Clínica CEFALEIA			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição Consulta em Emergência		27 - Qtd. Solc. 1	
2 22		40801012		Rx Cranio AP/Perfi		28 - Qtd. Aut. 1	
3							
4							
5							
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora 84694405000167		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE					
Dados do Atendimento							
32 - Tipo de Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 1 26/09/2021		37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 01:11:32 01:11:32		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 10101039	
1		26/09/2021 01:11:32		22		41 - Descrição Consulta em Emergência	
2		26/09/2021 02:33:26		22		40801012 Rx Cranio AP/Perfi	
3							
4							
5							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref. 1		49 - Gr. Pat. 12		50 - Código na Operadora/CPF 10427191793		51 - Nome do Profissional Rafael Ferreira Pimenta	
2		11		06316782985		Thiago Mezadri Ronchi	
3							
4							
5							
52 - Conselho Profissional 06							
53 - Número no Conselho 25493							
54 - UF SC							
55 - Código CBO 225320							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$) 170,36							
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 75,77							
61 - Total Materiais (R\$) 373,15							
62 - Total de OPME (R\$) 0,00							
63 - Total Medicamentos (R\$) 25,63							
64 - Total Gases Médicinais R\$ 0,00							
65 - Total Geral (R\$) 644,91							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021							
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/09/2021							
68 - Assinatura do Contratado 26/09/2021							

Impresso em: 29/09/2021 14:25:59

Página 10

Maria Paula

WATE70106

1 - Registro ANS
ISENTO
2 - Número da Guia Referenciada
3930

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
846944050001674 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE5 - Código CNES
2521385

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial e 9 - Hora Final	10 - Tabela 18-Referência do material no fabricante	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16 - Valor Total - R\$
1	2 26/09/2021	01:31	01:31	20	90206703	1	014	1,00	3,51
20 - Descrição : ARTRINID									
2	2 26/09/2021	01:31	01:31	20	90075099	2	013	1,00	7,50
20 - Descrição : CLORETO DE SÓDIO									
3	2 26/09/2021	01:31	01:31	00	0000049258	2	013	1,00	0,62
20 - Descrição : Cloreto de Sódio 0,9% (10ml)									
4	2 26/09/2021	01:31	01:31	20	90174046	1	001	1,00	2,99
20 - Descrição : DRAMIN B6 DL									
5	2 26/09/2021	01:31	01:31	20	90470800	1	001	1,00	2,89
20 - Descrição : Novalgina 500mg/ml (2ml) inj.									
6	3 26/09/2021	01:31	01:31	19	70014353	3	036	1,00	1,49
20 - Descrição : AGULHA HIPODERMICA 30X08,0MM PRECISIONGLIDE									
7	3 26/09/2021	01:45	01:45	19	70139164	2	036	1,00	114,96
20 - Descrição : CATETER PERIFERICO SEGURANCA-INSYTE AUTOGUARD 22GA 1,00									
8	3 26/09/2021	01:33	01:33	19	70222797	1	036	1,00	125,44
20 - Descrição : EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL									
9	3 26/09/2021	01:37	01:37	19	70799172	0,3	042	1,00	16,26
20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT									
10	3 26/09/2021	01:31	01:31	19	70705313	1	036	1,00	2,28
20 - Descrição : SERINGA 05ML LUER-LOK PLASTIPAK S/AG.									
21 - Total Gases Médicinas (R\$)									
0,00									
22 - Total Medicamentos (R\$)									
25,63									
23 - Total Materiais (R\$)									
366,99									
24 - Total de OPME (R\$)									
0,00									
25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$)									
0,00									
26 - Total Diárias R\$									
0,00									
27 - Total Geral R\$									
392,62									

1 - Registro ANS
ISENTO2 - Número da Guia Referenciada
3930

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
846944050001674 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE5 - Código CNES
2521385

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial a 9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
17-Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante							
1	3/26/09/2021	01:31	01:31	19	70705330	2	036	1,00	3,08
20 - Descrição : SERINGA 10ML LUER-LOK PLASTIPAK S/AG.									
2	7/26/09/2021	01:37	01:37	18	60033720	1	036	1,00	75,77
20 - Descrição : Taxa de Observação - Ambulatorial/Pronto Socorro (até 06 h									
3									
20 - Descrição :									
4									
20 - Descrição :									
5									
20 - Descrição :									
6									
20 - Descrição :									
7									
20 - Descrição :									
8									
20 - Descrição :									
9									
20 - Descrição :									
10									
20 - Descrição :									
21 - Total Gases Medicinais (R\$)									
0,00		22 - Total Medicamentos (R\$)		0,00		23 - Total Materiais (R\$)		6,16	
						24 - Total de OPME (R\$)		0,00	
						25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$)		75,77	
						26 - Total Diárias R\$		0,00	
						27 - Total Geral R\$		81,93	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: João Pedro Cardoso de Oliveira

Nº da Carteirinha: 13.3.2004

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 05/05/2004

Nº da Guia: 3930

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2021	00:07:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno teve um choque com outro aluno, batendo assim sua cabeça. Está sentindo fortes dores e chegou a vomitar

Testemunha da ocorrência

GEAZI GOMES DE OLIVEIRA

Telefone

(47) 3447-7461

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123

Centro

(47) 3451-3333

(47) 3451-3365

Observações

O aluno comunicou os responsáveis do residencial e informando toda situação após o ocorrido

Ass.:

Reginaldo Luis Oliveira

Daniela Anjorana
CRM/SC 9.478

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Escola Adventista

1 - Registro ANS
ISENTO

3 - Nº Guia Principal
3928

4 - Data da Autorização
25/09/2021

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3928

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
3928

9 - Validade da Carteira
25/09/2021

10 - Nome
Augusto Noronha Breves dos Santos

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora
8469405000167

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

15 - Nome do Profissional Solicitante
Mário Sérgio da Silva Miranda

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
15846

18 - UF
SC

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/09/2021

23 - Indicação Clínica
LESÃO NÃO ESPECIFICADA DO OMBRO

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1 22 40803074

26 - Descrição
Rx Ombro AP (Verdadeiro) + Y (Escapular)

27 - Qtda.Solic.
1

28 - Qtda.Aut.
1

2 22 10101039

Consulta em Emergência

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
8469405000167

30 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Dados do atendimento
32 - Tipo de Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
25/09/2021

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final
22:40:53 22

39 - Tabela
40803074

41 - Descrição
Rx Ombro AP (Verdadeiro) + Y (Escapular)

42 - Qtda.
1

43 - Via
1

44 - Tec.
1

45 - Fator Red./Acresc.
1,30

1 25/09/2021 22:40:53 22 40803074 Rx Ombro AP (Verdadeiro) + Y (Escapular)

2 25/09/2021 23:06:04 22 10101039 Consulta em Emergência

3

4

5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq./rel.
49 - Gêr./ant.

50 - Código na Operadora/CNPJ
06316782985

51 - Nome do Profissional
Thiago Mezzadri Ronchi

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
15846

54 - UF
SC

55 - Código CBO
225270

1 11 06316782985

2 12 30833862812

Mário Sérgio da Silva Miranda

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / / 5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /

2 - / / 4 - / / / 6 - / / / 8 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
168,90

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total Gases Medicinais R\$
0,00

65 - Total Geral (R\$)
168,90

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
29/09/2021

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
25/09/2021

68 - Assinatura do Contratado
25/09/2021

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Augusto Noronha Breves dos Santos
Nº da Carteirinha: 13.3.2896
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/05/2005

Nº da Guia: 3928

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2021	21:02:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Ombro Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete quando realizou o drible e ao levantar o braço a uma determinada altura o mesmo sentiu seu ombro e seu braço sair do lugar

Testemunha da ocorrência

GEAZI GOMES DE OLIVEIRA

Telefone

(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros

GEAZI GOMES DE OLIVEIRA

Data

25/09/2021

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

Observações

O aluno foi atendido pelo preceptor e encaminhado para o hospital dona helena

Ass.:

Reginaldo Luis Oliveira

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3929		
4 - Data da Autorização 26/09/2021	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3929	
8 - Número da Carteira 1332814	9 - Validade da Carteira 31/12/2021		10 - Nome Mathheus Bernardo
Dados do Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		12 - Atendimento a RH N
15 - Nome do Profissional Solicitante Mário Sergio da Silva Miranda		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15846
18 - UF SC		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/09/2021	23 - Indicação Clínica FRATURA DE OUTROS DEDOS	
24 - Tabela			
1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em Emergência	27 - Qtd.Solic. 1
2 22	30711037	Tala Infrico plus	28 - Qtd.Aut. 1
3 22	40803120	Rx Dedo AP/Perfi	1
4 22	40803120	Rx Dedo AP/Perfi	1
5			1
Dados do Contratado, Executante			
29 - Código na Operadora 84694405000167		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 26/09/2021	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 02:23:58 02:23:58	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em Emergência	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1
45 - Fator Red./Acrsc. 1:30	46 - Valor Unitário (R\$) 130,00	47 - Valor Total (R\$) 130,00	
2 26/09/2021 02:32:45	22	30711037	Tala Infrico plus
3 26/09/2021 01:36:05	22	40803120	Rx Dedo AP/Perfi
4 26/09/2021 02:05:15	22	40803120	Rx Dedo AP/Perfi
5			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq.Rót. 49 - Gr.Part.	50 - Código na Operadora/CPF 30833862612	51 - Nome do Profissional Mário Sergio da Silva Miranda	52 - Conselho Profissional 06
3	11	06316782385	Thiago Mezadi Ronchi
4	11	06316782385	Thiago Mezadi Ronchi
5			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
3 - / /	4 - / /	5 - / /	7 - / /
4 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
5 - / /	4 - / /	5 - / /	7 - / /
6 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
7 - / /	4 - / /	5 - / /	7 - / /
8 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
9 - / /	4 - / /	5 - / /	7 - / /
10 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 220,58			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 75,77		61 - Total Materiais (R\$) 86,09	62 - Total de OPME (R\$) 0,00
63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 382,54
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/09/2021			
68 - Assinatura do Contratado 26/09/2021			

Impresso em: 29/09/2021 14:25:59 Página 12 Maria Paula WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Bernardo

Nº da Carteirinha: 13.3.2814

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 04/02/2004

Nº da Guia: 3929

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2021	21:58:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando futebol quando outro aluno chutou a bola e a mão do mesmo

Testemunha da ocorrência

GEAZI GOMES DE OLIVEIRA

Telefone

(47) 3447-7461

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123

Centro

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

Observações

o aluno foi atendido pelo preceptor quando o mesmo solicitou o encaminhamento para o hospital

Ass.:

Reginaldo Luis Oliveira

Dr. Guilherme A. Oliveira
Cirurgião de Mão e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC: 27720-01/2013

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3931
----------------------------	-------------------------------

4 - Data da Autorização 26/09/2021	5 - Senha
---------------------------------------	-----------

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 1332642
--

6 - Data Validade da Senha 30/12/2021	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3931
--	---

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 84694405000167	9 - Validade da Carteira 30/12/2021	10 - Nome Helan Matheus Machado de Andrade	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	--	---	-------------------------------	----------------------------

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

15 - Nome do Profissional Solicitante Guilherme Augusto Stima	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 27722	18 - UF SC	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/09/2021	23 - Indicação Clínica DOR ARTICULAR
--	--	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	40803120 Rx Dedo AP/Peril	1	1
2	22	40804097 Rx Pe AP/Peril/Oblíqua	1	1
3	22	10101039 Consulta em Emergência	1	1
4				
5				

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
--	---

Dados do atendimento 32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	26/09/2021	19:15:43	22	40803120 Rx Dedo AP/Peril	1	1	1		1,00	37,82
2	26/09/2021	19:16:16	22	40804097 Rx Pe AP/Peril/Oblíqua	1	1	1		1,00	39,28
3	26/09/2021	18:47:29	22	10101039 Consulta em Emergência	1	1	1		1,30	130,00
4										
5										

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
--

48 - Seq. Ref. 3	49 - Gr. Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 07001058912	51 - Nome do Profissional Guilherme Augusto Stima	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 27722	54 - UF SC	55 - Código CBO 225270
---------------------	----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

1 - _____	3 - _____	5 - _____	7 - _____	9 - _____
2 - _____	4 - _____	6 - _____	8 - _____	10 - _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 207,10	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 207,10
--	---	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 26/09/2021	68 - Assinatura do Contratado 26/09/2021
---	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Halan Matheus Machado de Andrade
Nº da Carteirinha: 13.3.2642
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 04/05/2006

Nº da Guia: 3931

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2021	15:54:00	Campo de Futebol da Escola	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito

Descrição

O aluno foi chutar a bola quando um outro menino colocou o pé na frente, havendo assim o choque entre os alunos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcos	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcos	26/09/2021

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

Observações

O aluno foi atendido pelo preceptor que solicitou assim o encaminhamento para o hospital

CRM-SC: 27722 TEOT: 16453
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Dr. Guilherme A. Stima

Ass.:

Reginaldo Luis Oliveira

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Nº Guia Principal 3929
----------------------------	-------------------------------

4 - Data da Autorização 27/09/2021	5 - Senha
---------------------------------------	-----------

6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3929
----------------------------	---

8 - Número da Carteira 1332814	9 - Validade da Carteira 27/09/2021	10 - Nome Matheus Bernardo	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
----------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante Aline Mariana Gatturi	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 27868	18 - UF SC	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	22 - Data da Solicitação 27/09/2021	23 - Indicação Clínica FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA M
---	--	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em Emergência	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
-------------	--	--	-----------------------	---------------------

2	3	4	5
---	---	---	---

Dados do Contratado Executante	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	31 - Código CNES 2521395
--------------------------------	---	-----------------------------

Dados do atendimento	32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 27/09/2021	37 - Hora Inicial a 38 - Hora final 09:19:18 09:19:18	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em Emergência	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 100,00	47 - Valor Total (R\$) 100,00
---	-------------------------	--	-------------------	---	--	----------------	---------------	----------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Rel. 12	49 - Gr. Part. 05732566910	50 - Código na Operadora CPF 51 - Nome do Profissional Aline Mariana Gatturi	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 27868	54 - UF SC	55 - Código CBO 225270
--	----------------------	-------------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

1 - ____/____/____	2 - ____/____/____	3 - ____/____/____	4 - ____/____/____	5 - ____/____/____	6 - ____/____/____	7 - ____/____/____	8 - ____/____/____	9 - ____/____/____	10 - ____/____/____
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 100,00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 100,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/09/2021	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/09/2021	68 - Assinatura do Contratado 27/09/2021				

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Bernardo

Nº da Carteirinha: 13.3.2814

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/02/2004

Nº da Guia: 3929.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/09/2021	21:58:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

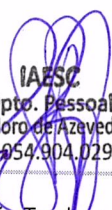
O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando futebol quando outro aluno chutou a bola e a mão do mesmo

Testemunha da ocorrência	Telefone
GEAZI GOMES DE OLIVEIRA	(47) 3447-7461

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

Motivo do Retorno
Após se lesionar no sábado a noite dia 25/09 o aluno foi encaminhado ao hospital Dona Helena e ao realizar os exames foi diagnosticado uma fratura no dedo mínimo onde o médico fez a imobilização e orientou o retorno na dia 27/09 para reavaliação junto a médica especialista de mão Dr. Aline.

Ass.: 
IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPE: 054.904.029-38
João Teodoro de Azevedo Júnior

Dr. Felipe Younes Quattrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TEOT 16495

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

