

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

Escola Adventista

Blumenau, 123 - Joinville - SC
 CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333

Período de 20/09/2023 00:00:01 até 20/09/2023 23:59:59

PROTOCOLO: 562036
 Seq protocolo: (562036)
 Tipo protocolo: CDI
 Documento convênio:
 Nota fiscal:

Atend. Paciente	Nº guia	Matricula	Refer	Data inicio	Data final	Titulo	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
Senha	Autorizador			Data inicio	Data final							
8386974	Felipe Speort da Costa	1332735	09/23	18/08/23	18/08/23		801,88	0,00	0,00	0,00	0,00	801,88
8409478	Henry Gabriel Campos Borges	1333265	09/23	31/08/23	31/08/23		801,88	0,00	0,00	0,00	0,00	801,88
			Total do protocolo		2/2		1.603,76	0,00	0,00	0,00	0,00	1.603,76



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 8.386.974
Nº IC: 8.465.350

Paciente: Felipe Specort da Costa	Convênio: Escola Adventista	Usuário/Matricula: 1332735
Categoria: Básico		

Prontuário: 1281601 Data Entrada: 18/08/2023 11:15:31 Data Saída: 18/08/2023 11:46:15 Motivo Alta: 4 Alta médica
Médico: Felipe Younes Quatrin Tipo Atend.: 7 - CDI
Espec/Clinica:

CID Princ.:
Guia: Não informada Senha: Val. Carteira: 31/12/2023 Origem:

Dt.Conta: 22/08/23 14:18 Dt.Inicial: 18/08/23 11:15 Dt.Final: 18/08/23 11:46 Refer: 30/09/23
Título: Protocolo: 562036

Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	18/08/2023	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	101,00	700,88	801,88
Total - Ressonância Magnética -				1,00	101,00	700,88	801,88
Total de Sadt				1,00	101,00	700,88	801,88

Total geral 801,88

562036

1 - Registro ANS 0000000 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira 1332735 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 04/08/2023 11 - Nome Felipe Speort da Costa 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 8469405000167 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE 15 - Código do CNES 2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante Felipe Younes Quatrin 17 - Conselho Profissional CRM 21827 18 - Número no Conselho 19 - UF SC 20 - Código CBD 653

21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Caráter da Solicitação E - Emissão U - Urgência / Emergência M255 23 - CID 10 M255 24 - Indicação Clínica(Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) dor Joelho esquerdo/ artroplastia LCA?

25 - Fábria 26 - Código de procedimento 41101315 27 - Descrição RM de Joelho 28 - Qx Solic. 1 29 - Qx Autenz. 1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado 32 - TI 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número

40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar 41 - Nome do Profissional Executante / Complementar 42 - Conselho Profissional

Dados do Acreditado 46 - Tipo Acreditado 47 - Indicação de Acidente 48 - Tipo Acreditado 49 - Natureza Urga 50 - Tempa 51 - Curatela 52 - Estado 53 - Assessorio Pontual 54 - Assessorio Pontual 55 - Assessorio Pontual

56 - Tipo de Doença 57 - Tempo de Doença 58 - Descrição 59 - Descrição

60 - Hora Inicial a 61 - Hora Final 62 - Hora Inicial a 63 - Hora Final 64 - Tabula 65 - Código do Procedimento 66 - Descrição

67 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 68 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 69 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

70 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 71 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 72 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

73 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 74 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 75 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

76 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 77 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 78 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

79 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 80 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 81 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

82 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 83 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 84 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

85 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 86 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 87 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

88 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 89 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 90 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

91 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 92 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 93 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

94 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 95 - Data e Assinatura de procedimentos em parte 96 - Data e Assinatura de procedimentos em parte

HOSPITAL DONA HELENA
 Ressonância Magnética - CDI
 ID Paciente.: 1690620
 Paciente.: Felipe Speort da Costa
 Nome Social:
 Prontuario.: 1281601
 Idade.: 17a 6m
 Resultado a partir de: 23/08/2023 15:00:00
 Dt Solic.: 18/08/2023 11:16:42
 Dt Nascimento: 02/02/2006
 *Disponível em formato digital, acesse:
 www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
 Protocolo:10626386974 e senha:6LW8R0(Maiúscula)
 N Exame: RM de Joelho
 Lado: E
 Pó: 17981107

Presc: 11232322
 8366974

Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
ROF 17313 / TEOT 16495

65 - Total Procedimentos R\$ 66 - Total Gases e Anestésicos R\$ 67 - Total Materiais R\$ 68 - Total Medicamentos R\$ 69 - Total Drogas R\$ 70 - Total Gases Medicinais R\$ 71 - Total Geral da Guia R\$

85 - Data e Assinatura do Solicitante 86 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 87 - Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento 88 - Data e Assinatura do Prescritor Executor

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Specort da Costa
Nº da Carteira: 13.3.2735
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 02/02/2006

Nº da Guia: 12565.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/08/2023	11:31:52	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de educação física no dia 31/07/2023 quando torceu o joelho. Continuou praticando esportes normalmente até o dia 02/07/2023. Procurou atendimento no dia 03/08/23 com muitas dores. Foi feito gelo e tomou um anti-inflamaório.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	47997730261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	04/08/2023

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

Motivo do Retorno

Aluno autorizado a realizar exame de RM de joelho E. para o dia 18/08 às 11:00.

Ass.:

Syendra Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



HOSPITAL
Dona
HELENA

Blumenau, 123 - Joinville - SC
CNPJ: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333
(CNES 2521385)



Conta paciente

Nota:

Emissão:

Nº Atend: 8.409.478
Nº IC: 8.496.825

Paciente: Henry Gabriel Campos Borges	Convênio: Escola Adventista	Usuário/Matrícula: 1333265
Categoria: Básico		

Prontuário: 1275105 Data Entrada: 31/08/2023 13:58:57 Data Saída: 31/08/2023 14:26:44 Motivo Alta: 4 Alta médica
Médico: Lucas Lopes da Fonseca Tipo Atend.: 7 - CDI
Espec/Clinica:

CID Princ.:
Guia: Não informada Senha: Val. Carteira: 30/12/2023 Origem:

Dt.Conta: 05/09/23 10:25 Dt.Inicial: 31/08/23 13:58 Dt.Final: 31/08/23 14:26 Refer: 30/09/23
Titulo: Protocolo: 562036

SadT							
Seq.	Data	Código	Descrição	Qtde	VI Filme	Vr. Exame	VI Total
Ressonância Magnética							
1	31/08/2023	41101316	Articular (Por Articulação)	1,00	101,00	700,88	801,88
Total - Ressonância Magnética -				1,00	101,00	700,88	801,88
Total de SadT				1,00	101,00	700,88	801,88

Total geral 801,88

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

8 - Número da Carteira 133285 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 31/12/2222 11 - Nome Henry Gabriel Campos Borges 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF B4694405000167 14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE 15 - Código do CNES 2521385

16 - Nome do Profissional Solicitante Lucas Lopes da Fonseca 17 - Conselho Profissional CRM 21180 18 - Número no Conselho 2521385 19 - UF SC 20 - Código CBO 653

21 - Data/Hora da Solicitação 22 - Caracter da Solicitação E - Emerg U - Urgência / Emergência M255 23 - CID 10 M255 24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) Suspeita de lesão do ligamento colateral medial

25 - Tabela 26 - Código de procedimento 41101316 27 - Descrição RM de Joelho 28 - Q1.Solic. 1 29 - Q1.Autoriz. 1

30 - Código no Operadora / CNPJ / CPF 31 - Nome do Contratado 32 - Nome do Profissional Executante / Complementar 33 - Nome do Profissional Executante / Complementar

34 - Código na operadora / CPF do exec. complementar 35 - Nome do Profissional Executante / Complementar

36 - Tipo Atendimento 37 - Tempo 38 - Consulta 39 - Exame 40 - Atendimento Dúvidas

41 - Tipo de Doença 42 - Tempo de Doença 43 - Nome do Paciente Henry Gabriel Campos Borges 44 - ID Paciente 1682344 45 - Ressonância Magnética - C01 46 - Ressonância 47 - Nome Social 48 - Ressonância Magnética - C01 49 - Idade 15a 7m 50 - Dt Solic 31/08/2023 51 - Dt 14.01.21 52 - Resultado a partir de 05/09/2023 15.00.00

53 - Data e assinatura de procedimentos em série 54 - Data e assinatura do responsável pela autorização 55 - Data e assinatura do beneficiário ou responsável 56 - Data e assinatura do prestador executante

57 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 58 - Total Materiais R\$ 59 - Total Medicamentos R\$ 60 - Total Exames R\$ 61 - Total Gases Medicados R\$ 62 - Total Geral da Guia R\$

63 - Total Procedimentos R\$ 64 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 65 - Total Materiais R\$ 66 - Total Medicamentos R\$ 67 - Total Exames R\$ 68 - Total Gases Medicados R\$ 69 - Total Geral da Guia R\$

70 - Data e Assinatura do Solicitante 71 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 72 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 73 - Data e Assinatura do Prestador Executante

74 - Data e Assinatura do Solicitante 75 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77 - Data e Assinatura do Prestador Executante

78 - Data e Assinatura do Solicitante 79 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 81 - Data e Assinatura do Prestador Executante

82 - Data e Assinatura do Solicitante 83 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85 - Data e Assinatura do Prestador Executante

86 - Data e Assinatura do Solicitante 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89 - Data e Assinatura do Prestador Executante

90 - Data e Assinatura do Solicitante 91 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 93 - Data e Assinatura do Prestador Executante

94 - Data e Assinatura do Solicitante 95 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 97 - Data e Assinatura do Prestador Executante

98 - Data e Assinatura do Solicitante 99 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 101 - Data e Assinatura do Prestador Executante

102 - Data e Assinatura do Solicitante 103 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 105 - Data e Assinatura do Prestador Executante



HOSPITAL DONA HELENA Prec. 11258033
 Ressonância Magnética - C01
 ID Paciente: 1682344
 Paciente: Henry Gabriel Campos Borges
 Nome Social: Henry Gabriel Campos Borges
 Prontuario: 1275105
 Idade: 15a 7m
 Resultado a partir de: 05/09/2023 15.00.00
 Dt Solic: 31/08/2023 14.01.21
 Dt Nascimento: 11/01/2008
 *Disponível em formato digital, acesse:
 www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
 Protocolo: 10628409478 e senha: SVX8Y0(Maiúscula)
 N. Exame: RM de Joelho
 Lado: R - Número: 18020715

Lucas Lopes da Fonseca
 CRM-SC 24180
 ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA

Lucas Lopes

CATE1567

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Henry Gabriel Campos Borges
Nº da Carteira: 13.3.3265
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 11/01/2008

Nº da Guia: 12871.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/08/2023	07:53:16	CAMPO DE FUTEBOL GRAMADO	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
O ALUNO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL QUANDO CAIU E BATEU O JOELHO NO CHÃO.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	47997730261
Ricardo Bertazzo	47997730261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	21/08/2023

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

Motivo do Retorno
Aluno autorizado a realizar exame de RM de Joelho E. Marcado para dia 31/08 às 14:00 no hospital Dona Helena. Levar essa guia, Solicitação médica, Documentos Pessoais, e realizar o jejum conforme o orientado. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

Ass.: 
Syendra Rinaldi Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br