

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: 562037
Seq protocolo: (562037)
Tipo protocolo: Ambulatorial Avatar
Documento convênio:
Nota fiscal:

Atend. Paciente	Nº guia	Matrícula	Refer	Data início	Data final	Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
Senha	Autorizador			Data início	Data final							
8410846 Marcos Eduardo Moura Figueira		1333354	09/23	01/09/23	03/09/23		100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
8416723 Alany's da Conceicao Arruda		1333856	09/23	05/09/23	07/09/23		151,66	0,00	0,00	0,00	0,00	151,66
8419530 Brenda Tayna Pereira Santos Coelho		1334133	09/23	06/09/23	08/09/23		51,66	0,00	0,00	0,00	0,00	51,66
Total do protocolo							303,32	0,00	0,00	0,00	0,00	303,32

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

2 - N° Guia no Prestador Não informada

Atend.: 8410846
Conta: 8498696

V.3.0

Escola Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal 12529004
4 - Data de Autorização 01/08/2023	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não informada	
8 - Número da Carteira 1333354	
9 - Validade da Carteira 30/12/2023	
10 - Nome Marcos Eduardo Moura Figueira	
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 Alvaro Ferreira Prito	16 - Conselho Profissional 05
17 - Número no Conselho 25541	18 - UF SC
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Sociedade / Prestador e os bens assistenciais solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/08/2023
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22	26 - Descrição Consulta em Consultório / Ambulatório
27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	1

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

32 - Tipo de Atendimento 04	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 01/08/2023 09:43:06 09:43:06	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 10101012
41 - Descrição Consulta em Consultório / Ambulatório	42 - Qtd. 1
43 - Vlr. 1	44 - Tec. 1
45 - Valor Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unidade (R\$) 100,00
47 - Valor Total (R\$) 100,00	
48 - Valor Total (R\$) 100,00	
49 - Valor Total (R\$) 100,00	
50 - Valor Total (R\$) 100,00	
51 - Valor Total (R\$) 100,00	
52 - Valor Total (R\$) 100,00	
53 - Valor Total (R\$) 100,00	
54 - Valor Total (R\$) 100,00	
55 - Valor Total (R\$) 100,00	
56 - Valor Total (R\$) 100,00	
57 - Valor Total (R\$) 100,00	
58 - Valor Total (R\$) 100,00	
59 - Valor Total (R\$) 100,00	
60 - Valor Total (R\$) 100,00	
61 - Valor Total (R\$) 100,00	
62 - Valor Total (R\$) 100,00	
63 - Valor Total (R\$) 100,00	
64 - Valor Total (R\$) 100,00	
65 - Valor Total (R\$) 100,00	
66 - Valor Total (R\$) 100,00	
67 - Valor Total (R\$) 100,00	
68 - Valor Total (R\$) 100,00	
69 - Valor Total (R\$) 100,00	
70 - Valor Total (R\$) 100,00	
71 - Valor Total (R\$) 100,00	
72 - Valor Total (R\$) 100,00	
73 - Valor Total (R\$) 100,00	
74 - Valor Total (R\$) 100,00	
75 - Valor Total (R\$) 100,00	
76 - Valor Total (R\$) 100,00	
77 - Valor Total (R\$) 100,00	
78 - Valor Total (R\$) 100,00	
79 - Valor Total (R\$) 100,00	
80 - Valor Total (R\$) 100,00	
81 - Valor Total (R\$) 100,00	
82 - Valor Total (R\$) 100,00	
83 - Valor Total (R\$) 100,00	
84 - Valor Total (R\$) 100,00	
85 - Valor Total (R\$) 100,00	
86 - Valor Total (R\$) 100,00	
87 - Valor Total (R\$) 100,00	
88 - Valor Total (R\$) 100,00	
89 - Valor Total (R\$) 100,00	
90 - Valor Total (R\$) 100,00	
91 - Valor Total (R\$) 100,00	
92 - Valor Total (R\$) 100,00	
93 - Valor Total (R\$) 100,00	
94 - Valor Total (R\$) 100,00	
95 - Valor Total (R\$) 100,00	
96 - Valor Total (R\$) 100,00	
97 - Valor Total (R\$) 100,00	
98 - Valor Total (R\$) 100,00	
99 - Valor Total (R\$) 100,00	
100 - Valor Total (R\$) 100,00	

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	
49 - Qtd. Part. 12	50 - Código na Operadora(CP) 06576827997
51 - Nome do Profissional Alvaro Ferreira Prito	52 - Conselho Profissional 06
53 - Nome no Conselho 25541	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\$) 100,00	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPE (R\$) 0,00
63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Gases (R\$) 100,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 20/08/2023	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/08/2023
68 - Assinatura do Contratado 01/08/2023	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Marcos Eduardo de Moura Filgueira
Nº da Carteira: 13.3.3354
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 03/04/2007

Nº da Guia: 12529.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/09/2023	09:37:05	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando voley, subiu para bloquear a bola, e na queda torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	47997730261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	03/08/2023

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

Motivo do Retorno

O ALUNO ESTÁ AUTORIZADO A PASSAR POR REAVALIAÇÃO MÉDICA

Ass.:

Ricardo Bertazzo
Geazi Gomes de Oliveira
Preceptor

Dr. Álvaro Ferreira Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 25541 / TEOT 14613

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 / cuntiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Geazi Gomes de Oliveira

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int. 01/09/2023 09:25:38 Nº Atend. 8410846
Pront. 1274506 Marcos Eduardo Moura Filgueira
Nascim: 03/04/2007 Sexo: M Idade: 16a 4m
Conven: Escola Adventista Cod: 1333354
Medico: 25541 - Alvaro Ferreira Pinto
Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____



Val: 30/12/

1/09/2023

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alanys da Conceição Arruda

Nº da Carteira: 13.3.3856

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 01/02/2006

Nº da Guia: 12680.002

HDH - Atendimento Externo

Dt Int 05/09/2023 09:53:04 Nº Atend: 8416723

Pront 1310187 Alanys da Conceição Arruda

Nascim 01/02/2006 Sexo: F Idade: 17a 7m

Conven Escola Adventista Cod: 1333856

Medico 25873 - Reynaldo Lemos de Souza Neto

Quarto Leito Ala

Val: 31/12/



Data do Retorno

Horário

Local

Atividade

05/09/2023

09:09:01

Ginásio

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando vôlei quando bateu na bola e machucou o dedo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Mireia

(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros

Data

Mireia

10/08/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HDH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123

Centro

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

Motivo do Retorno

Aluna autorizada a fazer retorno medico no dia 05/09/2023. Pais Clientes.

Ass.:

Erenice Pereira De Araujo

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto
Medico
CRM/SC 25873

Reynaldo Lemos de Souza Neto
Preceptoria FEM. IAESC

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

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

2 - N° Guia no Prestador: Não informada

Atend.: 8419530
 Conta: 8510739

V.3.0

Errola Adventista

1 - Registro ANS 000000	3 - N° Guia Principal 12608002	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora Não Informada
4 - Data da Autorização 08/09/2023	5 - Senha	8 - Nome do Beneficiário 1534133	9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome Brenna Teyra Pereira Santos Coelho		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RV N			

13 - Código na Operadora 84654405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
15 - Nome do Profissional Solicitante Raynold Letros de Souza Neto	16 - Conselho Profissional 25873
17 - Número no Conselho 25873	18 - UF SC
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/09/2023
23 - Indicação Clínica EXAME DE SEGUIMENTO APOS TRATAMENTO DE FRATURA	24 - Tabeta 25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial 40803120
26 - Descrição Rx Dedo AP/Perfi	27 - Data Solic. 1
28 - Data Aut. 1	

Dados do Contratado Executante	
29 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
31 - Código na Operadora 84654405000167	32 - Tipo de Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo da Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 08/09/2023	37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final 16:10:49 16:10:49
39 - Tabeta 22	40 - Código do Procedimento 40803120
41 - Descrição Rx Dedo AP/Perfi	42 - Qtda. 1
43 - Via 1	44 - Tec. 1
45 - Valor Ref./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 51,65
47 - Valor Total (R\$) 51,65	

48 - Seq. Ref.	49 - C/P. Ref.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Assinatura do Profissional/Assinatura Executante	
56 - Data de Realização do Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Data de Realização do Procedimentos em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
60 - Data de Realização do Procedimentos em Série	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
62 - Data de Realização do Procedimentos em Série	63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
64 - Data de Realização do Procedimentos em Série	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
66 - Data de Realização do Procedimentos em Série	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Data de Realização do Procedimentos em Série	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
70 - Data de Realização do Procedimentos em Série	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
72 - Data de Realização do Procedimentos em Série	73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Data de Realização do Procedimentos em Série	75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
76 - Data de Realização do Procedimentos em Série	77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
78 - Data de Realização do Procedimentos em Série	79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
80 - Data de Realização do Procedimentos em Série	81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
82 - Data de Realização do Procedimentos em Série	83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
84 - Data de Realização do Procedimentos em Série	85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
86 - Data de Realização do Procedimentos em Série	87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
88 - Data de Realização do Procedimentos em Série	89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
90 - Data de Realização do Procedimentos em Série	91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
92 - Data de Realização do Procedimentos em Série	93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
94 - Data de Realização do Procedimentos em Série	95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
96 - Data de Realização do Procedimentos em Série	97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
98 - Data de Realização do Procedimentos em Série	99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
100 - Data de Realização do Procedimentos em Série	101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total Procedimentos (R\$) 51,65	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 Medicais (R\$) 0,00	65 - Total Gás (R\$) 51,65
---	---	------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pelo Autenticação 20/09/2023	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 08/09/2023	68 - Assinatura do Contratado 08/09/2023
--	--	---

Impresso em: 20/09/2023 13:30:34

Página 3

Talita Machado

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Brenda Tayna Pereira Santos Coelho
Nº da Carteirinha: 13.3.4133
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 08/09/2005

Nº da Guia: 12608.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/09/2023	11:58:59	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava na aula de educação física quando ela foi bater na bola, mas bateu de mal jeito e machucou o dedo. Após a atividade esportiva a aluna sentiu mal e ficou um pouco tonta.

Testemunha da ocorrência

André Rocha

Telefone

(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros

André Rocha

Data

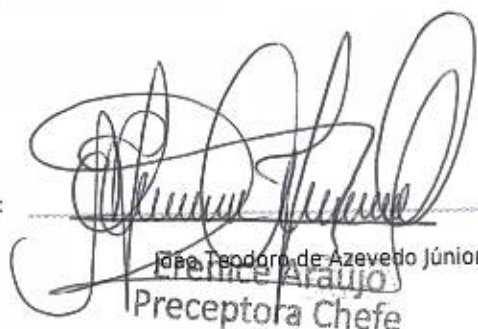
07/08/2023

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

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada para retorno para avaliação conforme solicitação médica. hoje dia 06/09/2023 as 15:00.

Ass.:


João Teodoro de Azevedo Júnior
Preceptora Chefe


Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Bélico
CRM/SC 25873

Para faturamento fa
com códigos e v
<https://sistemas.usb>

HDH - Atendimento Externo

Dt Int: 06/09/2023 14:40:26 Nº Atend.: 8419530
Pront: 1305126 Brenda Tayna Pereira Santos Coelho

Nascim: 08/09/2005 Sexo: F Idade: 17a 11m
Conven: Escola Adventista Cod: 1334133
Medico: 25873 - Reynaldo Lemos de Souza Neto

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____



Val: 31/12/

dos atendimentos
cal para o link:
aadventista.org.br