

|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Nº Guia Principal<br>7404538                                           |                                                                          |                                                        |
| 4 - Data de Autorização<br>28/09/2021                                                            | 5 - Senha                                                                  | 6 - Data Validade da Senha                                               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>7404538 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                            | 8 - Número da Carteira<br>6684512                                        | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2021                 |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                            | 10 - Nome<br>Marta Klara Borges Schmitt                                  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                          |
| 13 - Código na Operadora<br>8469405000167                                                        | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Helena Elisa Stein              | 16 - Conselho Profissional<br>06                       |
| 17 - Número no Conselho<br>10359                                                                 | 18 - UF<br>SC                                                              | 19 - Código CBO<br>225270                                                | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante            |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                          |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                | 22 - Data da Solicitação<br>28/09/2021                                     | 23 - Indicação Clínica<br>FRATURADA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA |                                                        |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                              | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>40803104               | 26 - Descrição<br>Rx Antebraco AP/Perfi                                  | 27 - Qtd. Solic.<br>1                                  |
| 2 22                                                                                             | 10101012                                                                   | Consulta em Consultório / Ambulatório                                    | 28 - Qtd. Aut.<br>1                                    |
| 3                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 4                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 5                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 29 - Código na Operadora<br>8469405000167                                                        | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE | 31 - Código CHES<br>2521385                                              |                                                        |
| Dados do atendimento                                                                             |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 32 - Tipo de Atendimento<br>04                                                                   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                               | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 36 - Data<br>1 28/09/2021                                                                        | 37 - Hora Inicial a 38 - Hora final<br>15:49:26                            | 39 - Tabela<br>22                                                        | 40 - Código do Procedimento<br>40803104                |
| 2 28/09/2021                                                                                     | 16:06:23                                                                   | 22                                                                       | Rx Antebraco AP/Perfi                                  |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          | 10101012                                               |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          | Consulta em Consultório / Ambulatório                  |
| 3                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 4                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 5                                                                                                |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 48 - Seq. Ref.<br>1 1                                                                            | 49 - Gr. Part.<br>08046937738                                              | 50 - Código na Operadora/CPF<br>Bruno Jose de Pinho Miranda              | 51 - Nome do Profissional<br>Helena Elisa Stein        |
| 2 12                                                                                             | 01504202937                                                                |                                                                          |                                                        |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 1 - / /                                                                                          | 3 - / /                                                                    | 5 - / /                                                                  | 7 - / /                                                |
| 2 - / /                                                                                          | 4 - / /                                                                    | 6 - / /                                                                  | 8 - / /                                                |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
|                                                                                                  |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>139,28                                                         | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00                                  | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0,00                                       | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0,00                       |
| 63 - Total Medicamentos (R\$)<br>0,00                                                            | 64 - Total Gases Medicinais R\$<br>0,00                                    | 65 - Total Geral (R\$)<br>139,28                                         |                                                        |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>29/10/2021                                    |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>28/09/2021                                     |                                                                            |                                                                          |                                                        |
| 68 - Assinatura do Contratado<br>28/09/2021                                                      |                                                                            |                                                                          |                                                        |

Impresso em: 29/10/2021 10:12:53

Página 9

Juliana R

WATE70106

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 3916.001



| Data do Retorno | 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<br>(47) 3451-3365 |

### Motivo do Retorno

A aluna precisa ser atendida por uma pediatra

Ass.:

Milton Rodrigues Filho

### HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 28/09/2021 15:37:31 Nº Atend.: 7404538  
Pront.: 1147717 Maria Klara Borges Schmitt  
Nascim: 27/12/2013 Sexo: F Idade: 7a 9m  
Conven: Escola Adventista Cod: 6684512  
Medico: 10359 - Helena Elisa Stein



Val: 31/12/

Quarto: Leito: Ala:

GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrlho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br