

ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

PROTOCOLO: Ambulato.10/2021

Seq protocolo: (43778)

Tipo protocolo: Ambulatorial Avatar

Escola Adventista

Blumenau, 123 - Joinville - SC

Período de 01/10/2021 00:00:00 até 31/10/2021 00:00:00

Documento convênio:

CNPJ.: 84694405000167 - Inscr. Est.: ISENT0 - Fone: 34513333

Nota fiscal:

Atend. Paciente	Senha	Nº guia	Matrícula	Refer	Data início	Data final	Título	Proced	Serviços	Diárias	Materiais	Medic	Total
Autorizador				Data início		Data final							
7405902	Guilherme Castro Echterhoff	3973	1332563	10/21	29/09/21 15:15	29/09/21 21:15		149,39	75,77	0,00	25,84	0,00	251,00
7411526	Julia Bertemes	3806002	6682549	10/21	05/10/21 11:17	05/10/21 17:17		137,82	39,76	0,00	0,00	0,00	177,58
7413969	Savio Mateus Lourenco Ruis	3713004	1332998	10/21	07/10/21 08:48	07/10/21 14:48		100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
7420185	Laila Fantinelli da Silva	4080001	6684374	10/21	14/10/21 09:18	14/10/21 15:18		100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
7420653	Carmile de Oliveira Lobo Franco	3941001	1332752	10/21	14/10/21 13:40	14/10/21 19:40		100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
7415878	Maria Klara Borges Schmitt	3916003	6684512	10/21	08/10/21 14:31	08/10/21 20:31		50,85	75,77	0,00	26,85	0,00	153,47
7429580	Maria Klara Borges Schmitt	3916004	6684512	10/21	22/10/21 13:02	22/10/21 19:02		50,85	75,77	0,00	0,00	0,00	126,62
7408565	Maria Klara Borges Schmitt	7009843	6684512	10/21	01/10/21 16:04	01/10/21 22:04		39,28	75,77	0,00	40,66	0,00	155,71
7404538	Maria Klara Borges Schmitt	7404538	6684512	10/21	28/09/21 15:37	28/09/21 21:37		139,28	0,00	0,00	0,00	0,00	139,28
Total do protocolo								867,47	342,84	0,00	93,35	0,00	1.303,66

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal
3973

4 - Data da Autorização
29/09/2021

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
3973

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

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
84694405000167

14 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

15 - Nome do Profissional Solicitante
Reynaldo Lemos de Souza Neto

16 - Conselho Profissional
06

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
29/09/2021

23 - Indicação Clínica
FRATURA DE OUTROS DEDOS

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012

26 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

2 22

30711037

Tala aluminio (MMSS)

1

1

3 22

40803120

Rx Dedo AP/Perfi

1

1

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
84694405000167

30 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

31 - Código CNES
2521385

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

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
1 29/09/2021

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final
16:20:44 16:20:44

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
10101012

41 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório

42 - Qtd.
1

43 - Via
1

44 - Tec.
1

45 - Fator Red./Acrec.
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
100,00

47 - Valor Total (R\$)
100,00

2 29/09/2021

16:30:18

22

30711037

Tala aluminio (MMSS)

1

1

1

1,00

11,57

11,57

3 29/09/2021

15:48:18

22

40803120

Rx Dedo AP/Perfi

1

1

1

1,00

37,82

37,82

4

5

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr./Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1 12

03877392970

Reynaldo Lemos de Souza Neto

06

25873

SC

225270

25873

SC

225270

25873

SC

225270

07847

SC

225320

225320

2 12

03877392970

Reynaldo Lemos de Souza Neto

06

25873

SC

225270

25873

SC

225270

25873

SC

225270

07847

SC

225320

225320

3

11

66442141934

Claudio Cesar de Oliveira Vendramini

06

07847

SC

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

225320

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

1 -

3 -

5 -

7 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
149,39

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
75,77

61 - Total Materiais (R\$)
25,84

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

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

64 - Total Gases Medicinais R\$
0,00

65 - Total Geral (R\$)
251,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
29/10/2021

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
29/09/2021

68 - Assinatura do Contratado
29/09/2021

1 - Registro ANS
000000
2 - Número da Guia Referenciada
3973Dados do Contratado Executante
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 ANS/ISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - Nº Autorização de Funcionamento
1	3 29/09/2021	16:30	19	70852588	1	036	1,00	12,19	12,19	20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)		
2	3 29/09/2021	16:30	19	70799172	0,5	042	1,00	16,28	8,14	20 - Descrição : ESPARADRAPO BRANCO 10CMX4,5MT		
3	3 29/09/2021	16:30	19	78202850	1	036	1,00	5,51	5,51	20 - Descrição : TALA METALICA 16X250MM		
4	7 29/09/2021	16:30	18	60023236	1	036	1,00	75,77	75,77	20 - Descrição : Sala de Gesso/Procedimentos		
5	20 - Descrição :											
6	20 - Descrição :											
7	20 - Descrição :											
8	20 - Descrição :											
9	20 - Descrição :											
10	20 - Descrição :											
20 - Descrição :												
21 - Total Gases Medicinas (R\$)												
		0,00		22 - Total Medicamentos (R\$)		23 - Total Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total Taxas de Aluguéis (R\$)		
		0,00				25,84		0,00		75,77		
26 - Total Diárias R\$												
						0,00		27 - Total Geral R\$		101,61		

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:** 3973

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/09/2021	14:21:00	Quadra	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

Aluno estava em atividade recreativa, em um jogo de basquete bateu o dedo mindinho. foi prestado a primeira assistência e orientado o retorno hoje ao hospital para a reavaliação.

Testemunha da ocorrência

GEAZI GOMES DE OLIVEIRA

Moisés Cardoso

Telefone

(47) 9773-0496

(47) 9773-0496

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

Observações

Aluno estava em atividade recreativa, em um jogo de basquete bateu o dedo mindinho. foi prestado a primeira assistência e orientado o retorno hoje ao hospital para a reavaliação.

Ass.:

Syendra Rinaldi De Quadros Oliveira

HDH - Atendimento Externo

Dt Int: 29/09/2021 15:15:07 Nº Atend: 7405902
Pront: 1258703 Guilherme Castro Echterhoff
Nascim: 28/01/2005 Sexo: M Idade: 16a 8m
Conven: Escola Adventista Cod: 1332583
Medico: 25873 - Reynaldo Lemos de Souza Neto
Quarto: _____ Leito: _____ Pla: _____

Val: 31/12/

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER
JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE A

COPIAS: (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
0000003 - Nº Guia Principal
38060024 - Data da Autorização
05/10/20215 - Senha
05/10/20216 - Data Validade da Senha
05/10/20217 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
38060028 - Número da Carteira
66825499 - Validade da Carteira
31/12/202110 - Nome
Julia Berenies

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
846944050016714 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE15 - Nome do Profissional Solicitante
Aline Mariana Gaturi16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
2786818 - UF
SC19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
122 - Data da Solicitação
05/10/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2225 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101226 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório27 - Qtd. Solic.
128 - Qtd. Aut.
129 - Tabela
2230 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
4080312031 - Descrição
Rx Mão AP/Oblíqua32 - Qtd. Solic.
133 - Qtd. Aut.
134 - Tabela
4

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

36 - Descrição

37 - Qtd. Solic.
138 - Qtd. Aut.
139 - Tabela
2240 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101241 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório42 - Qtd. Solic.
143 - Qtd. Aut.
144 - Tabela
2245 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
4080312046 - Descrição
Rx Mão AP/Oblíqua47 - Qtd. Solic.
148 - Qtd. Aut.
149 - Tabela
2250 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101251 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório52 - Qtd. Solic.
153 - Qtd. Aut.
154 - Tabela
2255 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101256 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório57 - Qtd. Solic.
158 - Qtd. Aut.
159 - Tabela
2260 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101261 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório62 - Qtd. Solic.
163 - Qtd. Aut.
164 - Tabela
2265 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101266 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório67 - Qtd. Solic.
168 - Qtd. Aut.
169 - Tabela
2270 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101271 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório72 - Qtd. Solic.
173 - Qtd. Aut.
174 - Tabela
2275 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101276 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório77 - Qtd. Solic.
178 - Qtd. Aut.
179 - Tabela
2280 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101281 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório82 - Qtd. Solic.
183 - Qtd. Aut.
184 - Tabela
2285 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101286 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório87 - Qtd. Solic.
188 - Qtd. Aut.
189 - Tabela
2290 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101291 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório92 - Qtd. Solic.
193 - Qtd. Aut.
194 - Tabela
2295 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1010101296 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório97 - Qtd. Solic.
198 - Qtd. Aut.
199 - Tabela
22100 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012101 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório102 - Qtd. Solic.
1103 - Qtd. Aut.
1104 - Tabela
22105 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012106 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório107 - Qtd. Solic.
1108 - Qtd. Aut.
1109 - Tabela
22110 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012111 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório112 - Qtd. Solic.
1113 - Qtd. Aut.
1114 - Tabela
22115 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012116 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório117 - Qtd. Solic.
1118 - Qtd. Aut.
1119 - Tabela
22120 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012121 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório122 - Qtd. Solic.
1123 - Qtd. Aut.
1124 - Tabela
22125 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012126 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório127 - Qtd. Solic.
1128 - Qtd. Aut.
1129 - Tabela
22130 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012131 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório132 - Qtd. Solic.
1133 - Qtd. Aut.
1134 - Tabela
22135 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012136 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório137 - Qtd. Solic.
1138 - Qtd. Aut.
1139 - Tabela
22140 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012141 - Descrição
Consulta em Consultório / Ambulatório142 - Qtd. Solic.
1143 - Qtd. Aut.
1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal 3713004										
4 - Data da Autorização 07/10/2021	5 - Senha 3710021	6 - Data Validade da Senha 3713004	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3713004								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 1332998	9 - Validade da Carteira 31/12/2021	10 - Nome Savio Mateus Lourenco Ruis	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 Vitor Gustavo de Paiva Coroti	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 24492	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 07/10/2021	23 - Indicação Clínica ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL)									
24 - Tabela 1	25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em Consultório / Ambulatório	27 - Qtd. Solic. 1								
28 - Qtd. Aut. 1											
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		31 - Código CNES 2821385								
Dados do atendimento											
32 - Tipo de Atendimento 04	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 07/10/2021	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 12:02:42	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101012								
41 - Descrição Consulta em Consultório / Ambulatório		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											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq. Ref. 1	49 - Gr. Part. 06190572979	50 - Código na Operadora 06	51 - Nome do Profissional Vitor Gustavo de Paiva Coroti								
52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 24492	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 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 29/10/2021										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 07/10/2021	68 - Assinatura do Contratado 07/10/2021

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Savio Mateus Lourenço Ruis

Nº da Carteira: 13.3.2998

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/10/2005

Nº da Guia: 3713.004

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 07/10/2021 08:48:46 Nº Atend.: 7413969

Pront.: 1259338 Savio Mateus Lourenço Ruis

Nascim.: 10/10/2005 Sexo: M Idade: 15a 11m

Conven: Escola Adventista Cod: 1332998

Medico: 24492 - Vitor Gustavo de Paiva Corotti

Val: 31/12/

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/08/2021	23:19:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição
O aluno estava jogando futebol e quando foi chutar outro jogador chutou a bola ao mesmo tempo acontecendo assim o choque.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 99795-5410

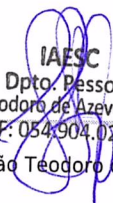
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Dona Helena	Rua Blumenau	123	Centro	(47) 3451-3333 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno
Após realizar ressonância foi agendado retorno com especialista de joelho Dr. Vitor no dia 07/10.

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

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

Syndra 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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: João Teodoro de Azevedo Júnior

1 de 1

5/10/2021

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
- especialista Joelho/Artroscopia/Esporte
CRM-SC 24.492 / CRM-PR 30290
TEOT 14.218 / RQE 15170
Clínica Ortopedia e Traumatologia HDH

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal
000000 40800014 - Data de Autorização 5 - Senha
14/10/2021

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
6894374

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
846940500016714 - Nome do Contratado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE15 - Nome do Profissional Solicitante
Cassio Kenji Hiraga21 - Caráter do Atendimento
122 - Data da Solicitação
14/10/202123 - Indicação Clínica
ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição
1 22 10101012 Consulta em Consultório / Ambulatório27 - Cidade Solic. 28 - Cidade Aut.
1 131 - Código CNES
252138532 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04 136 - 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 14/10/2021 09:43:27 09:43:27 22 10101012 Consulta em Consultório / Ambulatório 1 1 1 1,00 100,00 100,0048 - 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 12 08141016903 Cassio Kenji Hiraga 06 28623 SC 225270

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

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\$)
100,00 0,00 0,00 0,00 0,00 100,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/10/2021 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 14/10/2021 68 - Assinatura do Contratado 14/10/2021

Impresso em: 29/10/2021 10:12:52

Página 4

Juliana R

WATE70106

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal 3941001	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3941001
4 - Data da Autorização 14/10/2021	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 01/01/2022	10 - Nome Camille de Oliveira Lobo Franco
Dados do Beneficiário		11 - Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 1332752		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
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/10/2021	23 - Indicação Clínica DOR ARTICULAR	24 - Qtd. Solic. 1
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em Consultório / Ambulatório	27 - Qtd. Aut. 1
28 - Qtd. Aut.			
29 - Qtd. Aut.			
30 - Qtd. Aut.			
31 - Qtd. Aut.			
32 - Qtd. Aut.			
33 - Qtd. Aut.			
34 - Qtd. Aut.			
35 - Qtd. Aut.			
36 - Qtd. Aut.			
37 - Qtd. Aut.			
38 - Qtd. Aut.			
39 - Qtd. Aut.			
40 - Qtd. Aut.			
41 - Qtd. Aut.			
42 - Qtd. Aut.			
43 - Qtd. Aut.			
44 - Qtd. Aut.			
45 - Qtd. Aut.			
46 - Qtd. Aut.			
47 - Qtd. Aut.			
48 - Qtd. Aut.			
49 - Qtd. Aut.			
50 - Qtd. Aut.			
51 - Qtd. Aut.			
52 - Qtd. Aut.			
53 - Qtd. Aut.			
54 - Qtd. Aut.			
55 - Qtd. Aut.			
56 - Qtd. Aut.			
57 - Qtd. Aut.			
58 - Qtd. Aut.			
59 - Qtd. Aut.			
60 - Qtd. Aut.			
61 - Qtd. Aut.			
62 - Qtd. Aut.			
63 - Qtd. Aut.			
64 - Qtd. Aut.			
65 - Qtd. Aut.			
66 - Qtd. Aut.			
67 - Qtd. Aut.			
68 - Qtd. Aut.			
69 - Qtd. Aut.			
70 - Qtd. Aut.			
71 - Qtd. Aut.			
72 - Qtd. Aut.			
73 - Qtd. Aut.			
74 - Qtd. Aut.			
75 - Qtd. Aut.			
76 - Qtd. Aut.			
77 - Qtd. Aut.			
78 - Qtd. Aut.			
79 - Qtd. Aut.			
80 - Qtd. Aut.			
81 - Qtd. Aut.			
82 - Qtd. Aut.			
83 - Qtd. Aut.			
84 - Qtd. Aut.			
85 - Qtd. Aut.			
86 - Qtd. Aut.			
87 - Qtd. Aut.			
88 - Qtd. Aut.			
89 - Qtd. Aut.			
90 - Qtd. Aut.			
91 - Qtd. Aut.			
92 - Qtd. Aut.			
93 - Qtd. Aut.			
94 - Qtd. Aut.			
95 - Qtd. Aut.			
96 - Qtd. Aut.			
97 - Qtd. Aut.			
98 - Qtd. Aut.			
99 - Qtd. Aut.			
100 - Qtd. Aut.			

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

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 Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/10/2021	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 14/10/2021	68 - Assinatura do Contratado 14/10/2021
---	--	---

Impresso em: 29/10/2021 10:12:52

Página 5

Juliana R

WATE70106

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Camile de Oliveira Lobo Franco

Nº da Carteira: 13.3.2752

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/06/2006

Nº da Guia: 3941.001

HDH - Atendimento Externo

Dt.Int: 14/10/2021 13:40:08 Nº Atend.: 7420653

Pront.: 1259208 Camile de Oliveira Lobo Franco

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

Conven: Escola Adventista Cod: 1332752

Medico: 27722 - Guilherme Augusto Stirma

Quarto: Leito: Ala:

Val: 01/6

Tassiane Pedreira

Data do Retorno	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

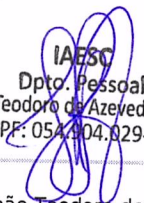
Descrição
A aluna estava em aula de educação física, a mesma se desequilibrou e bateu forte o cotovelo no chão, ocasionando um inchaço imediato; A aluna recebeu o primeiro atendimento com gelo e gelol e foi encaminhada pra o hospital.

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

Motivo do Retorno
Após o atendimento, o Dr. Cassio Hiraga solicitou o retorno com especialista de ombro e cotovelo. Sendo assim foi agendado para dia 14/10 as 16:30 a consulta com o Dr. Guilherme Stirma.

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, 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

Impresso por: João Teodoro de Azevedo Júnior

1 de 1

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

Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 27722 TEOT 16453

8/10/2021

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal 3916003	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3916003
4 - Data da Autorização 08/10/2021	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 6664512	9 - Validade da Carteira 01/01/2022	10 - Nome Maria Klara Borges Schmitt	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 10359
15 - Nome do Profissional Solicitante Helena Elisa Stein	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 08/10/2021	23 - Indicação Clínica FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA	
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30711037	26 - Descrição Tala luva	27 - Qtd. Solic. 1
2 22	40803104	Rx Antebraco AP/Perfil	28 - Qtd. Aut. 1
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	31 - Código CIES 2521385	
Dados do atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04	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 08/10/2021	37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final 15:18:24	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 30711037
1 08/10/2021	15:18:24	22	Tala luva
2 08/10/2021	14:45:10	22	40803104 Rx Antebraco AP/Perfil
3			
4			
5			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1	49 - Gr. Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 01504202937	51 - Nome do Profissional Helena Elisa Stein
2	11	66442141934	Claudio Cesar de Oliveira Vendramini
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 10359			
54 - UF SC			
55 - Código CBO 225320			
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\$) 50,85	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 75,77	61 - Total Materiais (R\$) 26,85	62 - Total de OPME (R\$) 0,00
63 - Total Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	65 - Total Geral (R\$) 153,47	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/10/2021			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 08/10/2021			
68 - Assinatura do Contratado 08/10/2021			

1 - Registro ANS	000000	2 - Número da Guia Referenciada	3916003
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
84694405000167		ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	
5 - Código CNES		2521385	
Dados do Contratado Executante			
Despesas Realizadas			
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial a 9 - Hora Final	10 - Tabela
17 - Registro ANVISA do Material	15:19	15:19	18 - Referência do material no fabricante
1	3 08/10/2021	15:19	19
20 - Descrição : ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)			
2	3 08/10/2021	15:19	19
20 - Descrição : ATADURA ORTOPEDICA 08CMX1,8MT 12UNID.			
3	7 08/10/2021	15:18	15:18
20 - Descrição : Retirada de Imobilização			
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\$)		
26,85	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\$)		
102,62			

Impresso em: 29/10/2021 10:12:40 Página 3 Juliana R WATE70105

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Klara Borges Schmitt
Nº da Carteira: 6.68.4512
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau



Data de Nascimento: 27/12/2013

Nº da Guia: 3916.003

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 (47) 3451-3365

Motivo do Retorno
Retorno para inspeção da cirurgia

Ass.:

Milton Rodrigues Filho

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 08/10/2021 14:31:25 Nº Atend.: 7415878
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: 01/01/

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA 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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal 3916004	6 - Data Validade da Senha 22/10/2021	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3916004																
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 30/12/2021	10 - Nome Maria Klara Borges Schnitt																
8 - Número da Carteira 6684512		11 - Cartão Nacional de Saúde																	
12 - Atendimento a RN N																			
Dados do Solicitante																			
13 - Código na Operadora 84694405000167	14 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																		
15 - Nome do Profissional Solicitante Helena Elisa Stein	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 10359	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 22/10/2021	23 - Indicação Clínica FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA																	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803104	26 - Descrição Rx Antebraco AP/Perfil	27 - Qtd. Solic. 1																
28 - Qtd. Aut. 1	29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																	
Dados do Contratado Executante																			
31 - Código CNES 2521385	32 - Tipo de Atendimento 04																		
Dados do atendimento																			
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 22/10/2021	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 13:09:19	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 40803104																
41 - Descrição Rx Antebraco AP/Perfil	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1																
45 - Fator Red./Acrec. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 39,28	47 - Valor Total (R\$) 39,28																	
2	22/10/2021	13:34:56	22	30711037	Tala luva	1	1	1	1,00	11,57	11,57								
3																			
4																			
5																			
Dados do Contratado Executante																			
29 - Código na Operadora 84694405000167	30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE																		
Dados do atendimento																			
32 - Tipo de Atendimento 04	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 22/10/2021	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 13:09:19	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 40803104	41 - Descrição Rx Antebraco AP/Perfil	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red./Acrec. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 39,28	47 - Valor Total (R\$) 39,28									
2	22/10/2021	13:34:56	22	30711037	Tala luva	1	1	1	1,00	11,57	11,57								
3																			
4																			
5																			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																			
48 - Seq. Ref. 1	49 - Gr.Part. 11	50 - Código na Operadora 66442141934	51 - Nome do Profissional Claudio Cesar de Oliveira Vendramini	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 07847	54 - UF SC	55 - Código CBO 225320												
2	12	01504202937	Helena Elisa Stein	06	10359	SC	225270												
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																			
1 -	/	/	3 -	/	/	5 -	/	/	7 -	/	/								
2 -	/	/	4 -	/	/	6 -	/	/	8 -	/	/								
9 -	/	/	10 -	/	/	11 -	/	/	12 -	/	/								
58 - Observação / Justificativa																			
59 - Total Procedimentos (R\$) 50,85												60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 75,77	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\$) 126,62		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 29/10/2021												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22/10/2021							
68 - Assinatura do Contratado 22/10/2021																			
Impresso em: 29/10/2021 10:12:53												Página 7		Juliana R		WATE70106			

1 - Registro ANS
00000002 - Número da Guia Referenciada
3916004

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 - Tabala 11 - Código do Item 12 - Cide. 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 - 20 - Descrição : Retirada de Imobilização

1 7 22/10/2021 13:08 13:08 18 60023236 1 036 1,00 75,77 75,77

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 :

21 - Total Gases Medicinais (R\$) 0,00 22 - Total Medicamentos (R\$) 0,00 23 - Total Materiais (R\$) 0,00 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\$) 75,77

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Klara Borges Schmitt
Nº da Carteirinha: 6.68.4512
Instituição: Colégio Adventista de Joinville - Saguau

Data de Nascimento: 27/12/2013

Nº da Guia: 3916.004



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

Leandro

Telefone

(47) 3043-5300

Quem prestou primeiros socorros

Leandro

Data

24/09/2021

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

Motivo do Retorno

retirada da tala

HDH - Atendimento Externo

Dt. Int.: 22/10/2021 13:02:01 Nº Atend.: 7429580

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**

Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____

Val: 30/12/

Ass.: _____

Milton Rodrigues Filho

Helena E. Stein
Ortopedista Infantil
CRM/SC: 10359

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

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	12 - Atendimento a RN
000000	7009843		7009843	N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
01/10/2021		31/12/2021	Marta Klara Borges Schmitt	
8 - Número da Carteira				
6684512				
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado			
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
Helena Elisa Stein	06	10359	SC	225270
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição	
1	01/10/2021	FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	40803104	Rx Antebraco AP/Perfi	1	1
2				
3				
4				
5				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado			
84694405000167	ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE			
Dados do atendimento				
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
04		1		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora inicial a 38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
1	01/10/2021	16:22:04	22	40803104 Rx Antebraco AP/Perfi
2				
3				
4				
5				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
42 - Seq. Rel.	43 - Gr. Part.	44 - Código na Operadora/CPF	45 - Nome do Profissional	46 - Conselho Profissional
11		08046937738	Bruno Jose de Pinho Miranda	06
52 - Conselho Profissional				
53 - Número no Conselho				
15424				
54 - UF				
SC				
55 - Código CBO				
225220				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)				
39,28				
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)				
75,77				
61 - Total Materiais (R\$)				
40,66				
62 - Total de OPM (R\$)				
0,00				
63 - Total Medicamentos (R\$)				
0,00				
64 - Total Gases Medicinais R\$				
0,00				
65 - Total Geral (R\$)				
155,71				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
29/10/2021				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
01/10/2021				