

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alana Lima dos Santos

Nº da Carteirinha: 2.80.54

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 13/09/2013

Nº da Guia: 17745

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2024	11:32:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

No jogo acabou esbarrando na colega e caiu.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

15/05/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Dr. Danilo
Ass.:
Médico
CRM-PR 41642
Celeste

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000871050

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0028054

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ALANA LIMA DOS SANTOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

DANILO GABRIEL CELESTE

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

41642

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

15/05/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Danilo Gabriel Celeste
Médico
CRM-PR 41642

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

X Roxaneira de Lima

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: **ALANA LIMA DOS SANTOS**Data Nasc.: **13/09/2013**Idade: **010.10.04**

Data: 15/05/2024

Hora: 12:28

Médico: **DANILO GABRIEL CELESTE**

S
MÃE RELATA QUE FILHA SE MACHUCOU NA AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA. PACIENTE RELATA QUE CAIU E SENTE
DOR EM TORNOZELO DIREITO, NÃO SABE DIZER SE FOI TRAUMA DIRETO OU NTORSE
NEGA COMORBIDADES E MUC
NEGA ALERGIA A REMÉDIOS

P
BEG, LOTE, CORADA E HIDRATADA
BCRNFSS
MV+ BILATERAL SEM RA
DOR À PALPAÇÃO DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

P
RX
MEDICAÇÃO
Receituário :

SOLICITO:
RX DE TORNOZELO DIREITO
RX DE PÉ DIREITO
RX DE PERNA DIREITA

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000871091

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0028054

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ALANA LIMA DOS SANTOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho

21544

15 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

15/05/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Ana Paula de A. Encinas

24 - Assinatura do Profissional Executante

Médica
CRM 21544

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Ana Paula de A. Encinas

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024
Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: **ALANA LIMA DOS SANTOS**

Data Nasc.: **13/09/2013**

Idade: **010.10.04**

Data: 15/05/2024

Hora: 16:22

Médico: ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

PACIENTE REFERE QUE ESTAVA JOGANDO FUTSAL NO COLEGIO QUANDO CAIU E FEZ UM TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO DIREITO E E COTOVELO DIREITOS

NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, 26 KG

DOR À PALPAÇÃO DA REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO, SOBRE O LIGAMENTO DELTOIDE E NO MALEOLO MEDIAL, SEM DOR À PALPAÇÃO DO PÉ OU À PALPAÇÃO OU MOBILIZAÇÃO CONTRA RESISTÊNCIA DO COTOVELO

SOLICITO RX

Receituário :

USO INTERNO:

IBUPROFENO GOTAS1CX

TOMAR 26 GOTAS VIA ORAL DE 8/8 POR 5 DIAS

GELO 15 MINUTOS 5 X DIA

SOLICITO PAR DE MULETAS AXILARES

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000871066



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
15/05/2024

5 - Senha
17745

6 - Data de Validade da Senha
15/05/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0028054

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ALANA LIMA DOS SANTOS

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
LN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41642

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
15/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22	0040804070	PERNA	001	
22	0040804089	RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001	
22	0040804097	PÉ OU PODODACTILO	001	
4				
3				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrese	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
15/05/2024	12:32	a	12:32	22	0040804070	PERNA	001		1.00	37.07	37.07
15/05/2024	12:32	a	12:32	22	0040804089	RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001		1.00	37.07	37.07
15/05/2024	12:32	a	12:32	22	0040804097	PÉ OU PODODACTILO	001		1.00	37.07	37.07
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
3	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 15/05/2024 3 15/05/2024 5 _/_/_ 7 _/_/_ 9 _/_/_

2 15/05/2024 4 _/_/_ 6 _/_/_ 8 _/_/_ 10 _/_/_

56 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 111,21

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

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

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

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

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00

65 - Total Geral (R\$) 111,21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

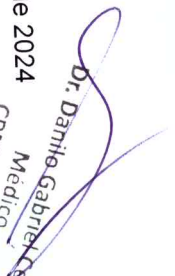
68 - Assinatura do Contratado



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

ALANA LIMA DOS SANTOS

**SOLICITO:
RX DE TORNOZELO DIREITO
RX DE PÉ DIREITO
RX DE PERNA DIREITA**


Dr. Danilo Gabriel Celeste
Médico
CRM-PR 41642

Fazenda Rio Grande , 15 de maio de 2024

DANILO GABRIEL CELESTE
CRM41642

Rua Ephigênio P. da Cruz, 1396 - Pioneiros
Fazenda Rio Grande/Paraná | CEP: 83833-020
Fone: 41 36442700 | E-mail: contato@policlinicafrg.com.br
www.policlinicafrg.com.br

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: ALANA LIMA DOS SANTOS

Data Nasc.: 13/09/2013

Idade: 010.10.04

Data: 15/05/2024

Hora: 12:48

Médico: RAIO X

REALIZADO RAIOS X DE TORNOZELO DIREITO AP + PERFIL + PE DIREITO AP + OBLIQUAS + PERNA DIREITA
AP + PERFIL (PACS) - GISLAINE



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Alane Lima dos Santos Idade: 10 Data: 15/05/24
N.º Carteirainha: Acadêmico Senha: - Prontuário: 161689
Médico: Daniilo Procedimento: Umed VO
Horário Entrada: 12:43 Horário Saída: 13:00 Enfermagem: Thays
Código do Procedimento: - Quantidade: 01

DADOS CLÍNICOS:

entorno de Longe

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

ibuprofeno 26cf) 1257
clonazepam 26cf) 1256

EVOLUÇÃO MÉDICA:

1/ Novos queixas após medicação

Carimbo e Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitida neste setor, atua,
comunicação, acompanhada referindo dor em tornozelo
zelo D. Realizado medicação VO qm, em seguida da
liberação com orientações técnicas + enfermagem para
domínio.

Thays Alves da Silva
Técnica em Enfermagem
Coren Pr 1781450

Carimbo e Assinatura da Enfermagem

SINAIS VITAIS:

Horário	P.A.	F.C.	Temp.	SAT	Dextro

Assinatura do Paciente: Rosineia de Lima

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)



871070

1 - Registro AINS 0000	2 - Número da Guia Referenciada
---------------------------	---------------------------------

Matrícula	Nome Beneficiário
0028054	ALANA LIMA DOS SANTOS

3 - Código na Operadora 01015553000180	4 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
---	--

5 - Código CNES	3341135
-----------------	---------

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	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\$	
01	17 - Registro ANVISA do Material	12.43	a	13.00	20	90285069	26.00	17	1	0,03	0,78
20 - Descrição DIIPIRONA GOTAS											
02	15/05/2024	12.43	a	13.00	20	90389085	26.00	17	1	0,09	2,34
20 - Descrição ALIVIUM 50MG/ML GOTAS (IBUPROFENO)											
03	a										
20 - Descrição											
04	a										
20 - Descrição											
05	a										
20 - Descrição											
06	a										
20 - Descrição											
07	a										
20 - Descrição											
08	a										
20 - Descrição											
09	a										
20 - Descrição											
10	a										
20 - Descrição											
21 - Total de Gases 0,00											
22 - Total de Medicamentos 3,12											
23 - Total de Materiais (R\$) 0,00											
24 - Total de OPME (R\$) 0,00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis 0,00											
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00											
27 - Total Geral (R\$) 3,12											

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

15/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

0028054

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ALANA LIMA DOS SANTOS

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN



00000871346

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

01015553000180

14 - Nome do Contratado

Políclínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

21544

18 - UF

PR

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Ana Paula de Andrade Encinas

Medica

CRM-PR 21544

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

15/05/2024

23 - Indicação Clínica

Z

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

0030719097

26 - Descrição

FRATURAS E OU LUXAÇÕES - REDUÇÃO INCRUENTA

27 - Qtd. Solic

001

28 - Qtd. Aut.

001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

01015553000180

30 - Nome do Contratado

Políclínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES

3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

2

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento

01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

15/05/2024

37 - Hora Inicial

16:29

38 - Hora Final

16:29

39 - Tabela

22

40 - Código do Procedimento

0030719097

41 - Descrição

FRATURAS E OU LUXAÇÕES - REDUÇÃO INCRUENTA

42 - Qtd

001

43 - Via

1.00

44 - Tec. Fator Red./Acresc

1.00

45 - Valor Unitário (R\$)

166,40

46 - Valor Total (R\$)

166,40

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

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

12

50 - Código na Operadora/CPF

03096373922

51 - Nome do Profissional

ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

52 - Conselho Profissional

06

53 - Número no Conselho

21544

54 - UF

41

55 - Código CBO

225270

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

1 15/05/2024

2 _/_/_

3 _/_/_

4 _/_/_

5 _/_/_

6 _/_/_

7 _/_/_

8 _/_/_

9 _/_/_

10 _/_/_

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

166,40

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total de Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPME (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Médicos e Anestésicos (R\$)

166,40

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

X Responsável do Beneficiário

68 - Assinatura do Contratado

CRM-PR 21544

Dr. Ana Paula de Andrade Encinas

Medica



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

LIBERAÇÃO PROCEDIMENTOS

Nome: Alonai Lima dos Santos Idade: 10 Prontuário: 161689 Data: 15/05/24
N.º Carteira: Achémulo Senha: — Médico: Ana P.
Horário Entrada: 16:28 Saída: 17:10 Convênio: Achémulo Enfermagem: Claci

Código Procedimento	Descrição	Quat.	CID
3072/8096	Ho conservador fratura tornozelo OL		

DADOS CLÍNICOS:

Trauma na escala c/ fratura
tornozelo D

DESCRIÇÃO:

Faço Ho conservador e tala gessada

MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.
Abaixador de língua - unid.		Luva estéril n°	
Água destilada ml		Luva plástica	
Água oxigenada ml		Malha tubular	OL
Agulha gengival		Micropore	
Agulha x Agulha x		Nebacetin pomada gr	
Álcool ml		Protetor ocular	
Álcool iodado ml		P.V.P.I. degermante	
Algodão branco - bola		P.V.P.I. tópico	
Algodão ortopédico - rolo	02	Scalp n°	
Atadura crepom n° 10	04	Seringa ml	
Atadura gessada n° 10	04	Sonda aspiração n°	
Bolsa Coletora (sistema fechado) unid.		Sonda foley n°	
Colírio anestésico		Sonda naso n°	
Compressa cirúrgica - unid.		Sonda uretral n°	
Cotonete		Soro fisiológico 0,9% ml	
Dreno penrose n°		Tala de alumínio cm	
Epítezan pomada gr		Vaselina ml	
Esparadrapo - cm	4cm	Xilocaína 2% c/ vaso	
Espátula ginecológica - unid.		Xilocaína 2% s/ vaso	
Fio catgut n°		Xilocaína gel gr	
Fio nylon n°			
Gase estéril - pct.			
Lâmina de bisturi n°			
Luva de procedimento			

V. Ferreira de Lima

Assinatura do Paciente

[Assinatura]

Carimbo e Assinatura do Médico

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)



871346

1 - Registro ANS 0000		2 - Número da Guia Referenciada		Matrícula 0028054		Nome Beneficiário ALANA LIMA DOS SANTOS	
Dados do Contratado Executante				4 - Nome do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande			
3 - Código na Operadora 01015553000180				5 - Código CNES 3341135			

Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	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		
01	04	15/05/2024	16:29	a	17:10	18	60023384	1,00	36	36,40					
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS															
02	03	15/05/2024	16:28	a	17:10	19	70034664	2,00	45	0,81				1,62	
20 - Descrição ALGODAO ORTOPEDICO															
03	03	15/05/2024	16:28	a	17:10	19	70034354	4,00	45	2,67				10,68	
20 - Descrição ATADURA CREPOM 10CM															
04	03	15/05/2024	16:28	a	17:10	19	70034664	4,00	45	1,70				6,80	
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10CM															
05	03	15/05/2024	16:28	a	17:10	19	70227144	40,00	38	0,07				2,80	
20 - Descrição ESPARADRAPO 10X4,5M															
06	03	15/05/2024	16:28	a	17:10	19	70859116	1,00	36	0,00				0,00	
20 - Descrição MALHA TUBULAR 12CM															
07				a											
20 - Descrição															
08				a											
20 - Descrição															
09				a											
20 - Descrição															
10				a											
20 - Descrição															
21 - Total de Gases		22 - Total de Medicamentos		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)			
0,00		0,00		21,90		0,00		36,40		0,00		58,30			

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: **ALANA LIMA DOS SANTOS**Data Nasc.: **13/09/2013** Idade: **010.10.04**

Data: 15/05/2024 Hora: 16:20 Médico: ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

FAÇO TRATAMENTO DE FRATURA TIPO SALTER HARRIS I COM TALA GESSADA SUO PODÁLICA + ANALGESIA+
ORIENTO SOBRE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE LESÕES FISARIAS

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alana Lima dos Santos

Nº da Carteira: 2.80.54

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 13/09/2013

Nº da Guia: 17745.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/07/2024	10:51:31	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

No jogo acabou esbarrando na colega e caiu.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

15/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

atendimento referente ao dia 29/05

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: ALANA LIMA DOS SANTOS

Data Nasc.: 13/09/2013 Idade: 010.10.04

Data: 29/05/2024 Hora: 11:09 Médico: ANA PAULA DE ANDRADE ENCINAS

ATENDIEMTNO DE 15/05/2024

PACIENTE REFERE QUE ESTAVA JOGANDO FUTSAL NO COLEGIO QUANDO CAIU E FEZ UM TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO DIREITO E E COTOVELO DIREITOS

NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, 26 KG

DOR À PALPAÇÃO DA REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO, SOBRE O LIGAMENTO DELTOIDE E NO MALEOLO MEDIAL, SEM DOR À PALPAÇÃO DO PÉ OU À PALPAÇÃO OU MOBILIZAÇÃO CONTRA RESISTÊNCIA DO COTOVELO
SOLICITO RX - SHI

FAÇO TRATAMENTO DE FRATURA DE TORNOZELO COM TALA GESSADA SUROPODÁLICA

HOJE 29/05/2024

VEM SEM QUEIXAS ALGICAS , RETIRO A TALA GESSADA, ENTRA NO CONSULTÓRIO CAMINHANDO SEM DOR
RETORNO EM 6 SEMANAS PARA NOVO RAIOS X OU ANTES SE NECESSÁRIO

EXPLICO NOVAMENTE PARA A MÃE SOBRE LESÕES FISARIAS E SUAS IMPLICAÇÕES

ATESTADO PARA EDUCAÇÃO FÍSICA DE 10 DIAS

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161689

Paciente: **ALANA LIMA DOS SANTOS**Data Nasc.: **13/09/2013**Idade: **010.10.04**

Data: 29/05/2024

Hora: 10:53

Médico: RAI O X

REALIZADO RAIOS X DE TORNOZELO DIREITO AP + PERFIL (PACS) GISLAINE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amábile Veloso Machado

Nº da Carteira: 2.80.681

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 15/08/2017

Nº da Guia: 18179

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	15:34:00	Banheiro	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava no intervalo, foi ao banheiro, a colega foi fechar a porta e prensou o dedo no batente.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professora

Data

28/05/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo no local, e comunicado os responsáveis.

Andressa Mazzonetto
Aux. Financeiro

Ass.:

Andressa Mazzonetto Pereira

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000878518

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
0018179

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N7 - Nome
AMABILE VELOSO MACHADO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
334113512 - Nome do Profissional Executante
YANELIS MIRANDA HERRERA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5278015 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
28/05/202419 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Yanelis Miranda Herrera
Médica
CRM/PR 52780

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Amabile Veloso Machado

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 114785

Paciente: **AMABILE VELOSO MACHADO**Data Nasc.: **15/08/2017**Idade: **006.11.02**Data: **28/05/2024** Hora: **18:40**

Médico: YANELIS MIRANDA HERRERA

*PRONTO ATENDIMENTO *

COMORBIDADES:NEGA

MUC:NEGA

HÁBITOS:NEGA

ALERGIAS:NEGA

VACINAS:OK

S#

MAE REFERE TRAUMA MAO ESQUERDA HA 2 HORAS, DOE UM POUCO.

BEG, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, ATIVO.

C/P: ESCLERAS ANICTERICAS.

OROFARINGE:SP // OTOSCOPIA: SP

TÓRAX: COM BOA EXPANSIBILIDADE, MV + BILATERALMENTE, S/ RA.

CARDIOVASCULAR: BCNRNFSS S/ SOPRO.

ABDOME: PLANO,FLACIDO,INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL OU PROFUNDA E SEM VICEROMEGALIAS

PALPÁVEIS, BLUMBERG NEGATIVO, MURPHY NEGATIVO,GIORDANO NEGATIVO.

MMII: PULSOS CHEIOS E BONS, PANTURRILHAS SEM SINAIS DE EMPASTAMENTO, SEM EDEMA.

NEURO: SEM DEFICIT MOTOR FOCAL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA, ESCALA DE GLASGOW: 15.

A#TRAUMA MAO ESQUERDA

P#

PRESCREVO MEDIAÇÃO PARA CASA

ORIENTO SOBRE SINAIS DE ALARME

ORIENTO RETORNO IMEDIATO AO SETOR DE URGENCIA , SE PIORA DO QUADRO E OU SINTOMAS

PACIENTE COMPREENDE E CONCORDA.

RX MAO ESQUERDA

PESO:22 KILOS

Receituário :

USO INTERNO**CETOPROFENO 20 MG/ML**

Tomar 22 gotas, por via oral, de 12/12 horas, POR 3 DIAS.

DIPIRONA 50 MG/ML

Tomar 6,5 mL, por via oral, de 8/8 horas, se febre ou dor



1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 28/05/2024

5 - Senha 18179

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0018179

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome AMABILE VELOSO MACHADO

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RU [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180

14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante YANELIS MIRANDA HERRERA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 52780

18 - UF PR

19 - Código CBO 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação 28/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic 28 - Qtd. Aut.

1 22 0040803120 RX MÃO OU QUIRODÁCTILO 001

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180

30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento 01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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 28/05/2024	18:19	a	18:19	22	0040803120 RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001				1,00	37,07
2					a						
3					a						
4					a						
5					a						

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

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

1 12 30182190900 HELIO SCHULMAN 06 5214 41 225320

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

1 28/05/2024

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 37,07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 37,07
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

Policlínica Fazenda Rio Grande

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinas R\$	65 - Total Geral R\$
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
			68 - Assinatura do Contratado			

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 114785

Paciente: **AMABILE VELOSO MACHADO**Data Nasc.: **15/08/2017** Idade: **006.11.02**

Data: 28/05/2024 Hora: 18:28 Médico: RAO X

REALIZADO RX DE MÃO ESQUERDA PA E OBLÍQUA (PACS) - MONIQUE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Alyce de Quadros Kosloski

Nº da Carteira: 2.80.1266

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 29/09/2009

Nº da Guia: 17407

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2024	10:16:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita

Descrição

bola bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência

Monitor c

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora em

Data

02/05/2024

Local de atendimento

Atendimento no próprio
estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

00000863322

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0174070

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante
GILCIELE SANTANA DOS REIS13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5108915 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

02/05/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Gilciele Santana dos Reis Lopes
Médica
CRM 51089

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Ana Alyce de Quadros Kosloski

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009 Idade: 014.09.18

Data: 02/05/2024 Hora: 13:07 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

Paciente trazida pelo pai

QP: TRAUMA EM 4° QUIRODACTILO DIREITO

REFERE QUE ESTAVA JOGANDO VOLEI QUANDO FOI GOLPEADA PELA BOLA.

MUC: NEGA; ALERGIAS: NEGA; COMORBIDADES> BNEGA

PRESCREVO SINTOMATICOS E COMPRESSA GELADA

ATESTADE DE 01 DIA

Receituário :

USO ORAL

- ALIVIUM 100 MG/COMP--01 FR

OFERTAR 40 GOTAS DE 8/8 HORAS, POR 03 DIAS.

- DIPIRONA 500 MG/COMP----01 FR

OFERTAR 35 GOTAS DE 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE.

- COMPRESSAS COM GELO, POR 03 DIAS

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: **ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI**Data Nasc.: **29/09/2009** Idade: **014.09.18**

Data: 02/05/2024 Hora: 13:05 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

RADIOGRAFIA SEM SINAIS DE FRATURAS

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000863351



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
02/05/2024

5 - Senha
17407

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0174070

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
GILCIELE SANTANA DOS REIS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
51089

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Gilciele Santana dos Reis Lopes
CM 51089

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
02/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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 02/05/2024	11:42	a	11:42	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001		1.00	37.07	37.07
2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

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

1 02/05/2024	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37.07

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
37.07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Paciente assina guia de consulta

68 - Assinatura do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: **ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI**Data Nasc.: **29/09/2009** Idade: **014.09.18**

Data: 02/05/2024 Hora: 11:59 Médico: RAI O X

REALIZADO RX MAO DIREITA AP + OBLIQUA + PERFIL DEDO (PACS) JESSICA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Alyce de Quadros Kosloski
Nº da Carteira: 2.80.1266
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 29/09/2009

Nº da Guia: 18903

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	12:44:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Pé Esquerdo, Glúteos, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Caiu e bateu quadril, torceu o tornozelo e o pé.

Testemunha da ocorrência

Professora (r)

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professora (r)

Data

21/06/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Foi aplicado gelo! Foi ligado para a mãe que pediu Uber para a aluna

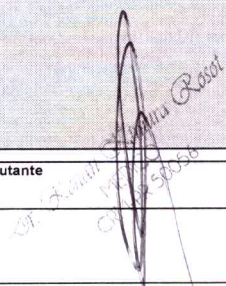
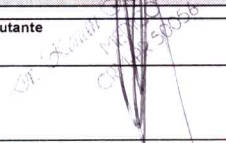
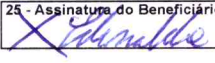
Ass.:

Reginaldo M. Santos
Vice Diretor

Reginaldo Marques dos Santos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000891957*	
					
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira 2801266		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante RENAN KIMURA ROSOT		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 50056	
				15 - UF PR	
				16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
				29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 21/06/2024		19 - Tipo de Consulta 4		20 - Tabela 22	
				21 - Código do Procedimento 0010101012	
				22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
					
24 - Assinatura do Profissional Executante			25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
					

Policlínica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009 Idade: 014.09.18

Data: 21/06/2024 Hora: 15:57 Médico: RENAN KIMURA ROSOT

Solicitação de Exames :

40804038 - Raio X da articulação coxofemoral (quadril)

Solicitação de Exames :

40804038 - Raio X da articulação coxofemoral (quadril)

40804054 - Raio X do Joelho

40804089 - Raio X do tornozelo (articulação tibiotalársica)

Receituário :

USO ORAL

1) ALGINAC 1000

TOMAR 1 CP DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS

2) DAPIRONA 500MG

TOMAR 1 CP DE 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000892044

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 21/06/2024	5 - Senha 18903
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2801266	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RH [N]
-----------------------------------	--------------------------	--	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 50056	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional <i>Dr. Renan Kimura Rosot</i> Medicina 50056
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 21/06/2024	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0040804038	26 - Descrição RX ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut. 001	
2	22	0040804054	JOELHO	001	37.07
3	22	0040804089	RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001	37.07
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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 21/06/2024	15:27	a	15:27	22	0040804038 RX ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	001			1.00	38.19	38.19
2 21/06/2024	15:27	a	15:27	22	0040804054 JOELHO	001			1.00	37.07	37.07
3 21/06/2024	15:27	a	15:27	22	0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.00	37.07	37.07
4	a										
5	a										

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
3	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 21/06/2024	3 21/06/2024	5	7	9
2 21/06/2024	4	6	8	10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 112.33	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPM (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 112.33
---	--	---------------------------------------	---------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Policlínica Fazenda Rio Grande</i>	68 - Assinatura do Contratado <i>Policlínica Fazenda Rio Grande</i>
---	---	--

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161354

Paciente: ANA ALYCE DE QUADROS KOSLOSKI

Data Nasc.: 29/09/2009 Idade: 014.09.18

Data: 21/06/2024 Hora: 15:36 Médico: RAO X

REALIADO RAIOS X DE JOELHO ESQUERDO AP + PERFIL + TORNOZELO ESQUERDO AP + PERFIL +
ARTICULACAO COXO FEMORAL ESQUERDA AP + PERFIL

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Clara Gama Arrua

Nº da Carteira: 2.80.746

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 15/08/2013

Nº da Guia: 18006

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2024	17:45:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Na aula teve um encontro com uma colega no jogo

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professora

Data

22/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

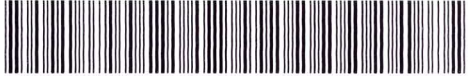
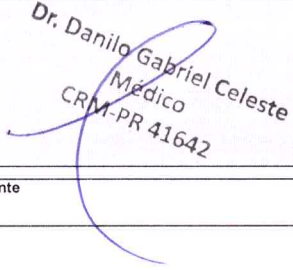
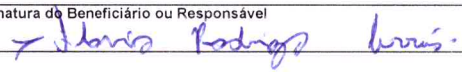
Na aula teve um encontro com uma colega no jogo Colocou gelo

Ass.:

Reginaldo Marques dos Santos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
		00000875431	
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 0018006		5 - Validade da Carteira	
		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome ANA CLARA GAMA ARRUA			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	
		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante DANILO GABRIEL CELESTE		13 - Conselho Profissional 6	
		14 - Número no Conselho 41642	
		15 - UF PR	
		16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial	
		28 - Regime de Atendimento 01	
		29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 22/05/2024		19 - Tipo de Consulta 1	
		20 - Tabela 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012	
		22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa			
 Dr. Danilo Gabriel Celeste Médico CRM-PR 41642			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
			

Policlínica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161863

Paciente: ANA CLARA GAMA ARRUA

Data Nasc.: 15/08/2013

Idade:

010.11.02

Data: 22/05/2024

Hora: 19:32

Médico: DANILO GABRIEL CELESTE

S

QMN, COM TRAUMA DIREITO EM JOELHO ESQUERDO
NEGA COMORBIDADES E MUC
NEGA ALERGIA A REMÉDIOS

O

BEG, LOTE, CORADA E HIDRATADA, CLAUDICANDO, SEM RECLAMAR DE DOR
DOR À PALPAÇÃO DE FACE MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO, ACIMA DE LINHA ARTICULAR, DESCONFORTO À
PALPAÇÃO DE TENDÃO PATELAR

P

RECEITA

GELO

ATESTADO

RETORNO EM DIAS PARA REAVALIAÇÃO OU IMEDIATAMENTE SE PIORA

Receituário :

USO ORAL

IBUPROFENO 100MG/ML ____ 1 FR

DAR 31 GTS DE 8 EM 8H, POR 3 DIAS

2) DIPIRONA GTS _____ 1 FR

DAR 31 GTS DE 6 EM 6H, SE DOR

- GELO LOCAL

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAÇÃO OU IMEDIATAMENTE SE PIORA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
22/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
0018006

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CLARA GAMA ARRUA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

Daniilo Gabriel Celeste
Médico

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANILO GABRIEL CELESTE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41642

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional
[Assinatura]

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
1	22/05/2024		001	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		
1 22	0040804054	JOELHO		
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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 22/05/2024	18:58	2	18:58	22	0040804054	JOELHO	001			1,00	37,07
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

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

1 22/05/2024	3	1	1	5	1	1	7	1	1	9	1	1
2	1	1	1	4	1	1	6	1	1	8	1	1
3	1	1	1									
4	1	1	1									
5	1	1	1									
6	1	1	1									
7	1	1	1									
8	1	1	1									
9	1	1	1									
10	1	1	1									
11	1	1	1									
12	1	1	1									

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 37,07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 37,07
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Políclínica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 161863

Paciente: **ANA CLARA GAMA ARRUA**Data Nasc.: **15/08/2013** Idade: **010.11.02**

Data: 22/05/2024 Hora: 19:07 Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE JOELHO ESQUERDO AP + PERFIL (PACS) - MARCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi dos Santos Augusto

Nº da Carteira: 2.80.999

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 25/05/2017

Nº da Guia: 17949

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/05/2024	17:05:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

O aluno estava saindo do parque, foi colocar o tênis correndo tropeçou e caiu por cima do banco e bateu com a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professora

Data

21/05/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo no local, deixado sentado e conversado com o aluno, foi comunicado os Pais.

Ass.:
Andressa Mazzone
Aux. Financeiro

Andressa Mazzone Pereira

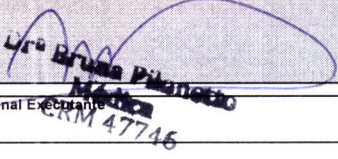
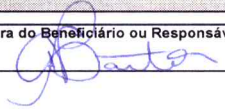
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
		00000874732	
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 0280999	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome DAVI DOS SANTOS AUGUSTO			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135
12 - Nome do Profissional Executante BRUNA PILONETTO	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 47746	15 - UF PR
16 - Código CBO 225125			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento 21/05/2024	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante  CRM 47746		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 110730

Paciente: DAVI DOS SANTOS AUGUSTO

Data Nasc.: 25/05/2017

Idade:

007.01.22

Data: 21/05/2024

Hora: 19:27

Médico: BRUNA PILONETTO

#NEGA MUC

#NEGA DÇAS CRONICAS // NEGA CX

#NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

QP: TCE LEVE HOJE AS 17H00

HDA: MAE RELATA QUE FILHO SOFREU QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE AS 17H00 PRESENCIADA - NEGA
NAUSEAS OU EMESE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA AMNESIA LACUNAR. NEGOU OUTROS SINTOMAS.
NEGA OUTRAS QUEIXAS

EF: BEG, AA, LOTE, HIDRATADO, CORADO,

PA: //TAX: 36 // FC: 106 // SAT: 97% EM AA

GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES BILAT, SEM SINAIS FOCAIS

SEM SINAIS DE RIGIDEZ MENINGEA

OTOSCOPIA: MBT INTEGRAL, TRANSLUCIDA, SEM ABAULAMENTOS, CONDUTO EXT SEM HIPEREMIA. SEM
HEMOTIMPANO

OROSCOPIA: SEM HIPEREMIA, EDEMA OU SEM PLACAS.

AC:BCRNF2TSS

AP: MV+S/RA

EQUIMOS EM FRONTE

CD: REALIZO ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO AO QUADRO - PACIENTE ENTENDE, COMPREENDE E CONCORDA

RX CRANIO

OBSERVO

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 21/05/2024	5 - Senha 17949
6 - Data de Validade da Senha 21/05/2024	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Nome Social
3007596		DAVI DOS SANTOS AUGUSTO	
			12-Atendimento a RN
			☐ N ☐ S

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNA PILONETTO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 47746	18 - UF PR
19 - Código CBO 0	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
1	21/05/2024		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
22	0040801012	RX CRANIO - 2 INCIDÊNCIAS	
2		27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut
3		001	
4			
5			

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
31 - Código CNES 3341135	

Dados do Atendimento		
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
05	9	
	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento
		01
		92 - Saúde Ocupacional

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 21/05/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

56-Observação / Justificativa

55 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
38,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38,19

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Assinatura do Profissional S
 Bruno Pilonetto
 Médico
 CRM 47746

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 110730

Paciente: **DAVI DOS SANTOS AUGUSTO**Data Nasc.: **25/05/2017** Idade: **007.01.22**

Data: 21/05/2024 Hora: 19:46 Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE CRANIO AP + PROFIL (PACS) MARCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eugênio Aguiar Duarte Hernandez
Nº da Carteira: 2.80.862
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 18/11/2017

Nº da Guia: 18588

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	17:27:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno estava na aula de educação física correndo bateu a cabeça na parede e fez um pequeno corte do lado direito.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora B

Data

12/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo no local e informado o responsável.

Andressa Mazzone
Aux. Financeiro

Ass.:

Andressa Mazzone Pereira

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000886421

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
0280862

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N7 - Nome
EUGENIO AGUIAR DUARTE ERNANDEZ

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
334113512 - Nome do Profissional Executante
AMANDA FERREIRA RÉGO13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
4977115 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
12/06/202419 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dra. Amanda Ferreira Régo
MÉDICA
CRM-PR 49.771

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Eugenio A. Duarte Ernandes

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 162350

Paciente: EUGENIO AGUIAR DUARTE ERNANDEZ

Data Nasc.: 18/11/2017

Idade:

006.07.29

Data: 12/06/2024

Hora: 19:05

Médico: AMANDA FERREIRA RÊGO

#Comorb: nega

#MUC: nega

#Alergias: nega

#S:

Mãe refere que o paciente teve QMN na escola, durante educação física, com trauma em região parietal e FCC. Nega síncope, crise convulsiva e êmese após o episódio. Refere que a criança já se levantou e deambulou normalmente. Nega outros sintomas e queixas.

#O:

P: 20 kg

Criança BEG, corada, hidratada, eupneica, colaborativa.

Glasgow 15

Orientada em tempo e espaço.

FCC com menos de 0,5 cm, em região parietal à direita, presença de sangramento muito discreto.

#A:

FCC + TCE sem sinais de alarme

#P:

- Prescrevo cefalexina para profilaxia de infecção
- Oriente em relação a cuidados com ferimento
- Oriente sinais de alarme e retorno, se necessário.

Receituário:

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI ATENDIDO E AVALIADO POR MIM, NA DATA DE HOJE E
NECESSITA PERMANECER EM REPOUSO POR 02 DIAS,
A PARTIR DE HOJE.

CID-10: T07

*** DIVULGAÇÃO DO CID AUTORIZADA PELA MÃE DO PACIENTE.

Receituário:

USO ORAL:

1) CEFALEXINA 250 MG/5ML ----- 2 FRASCOS
DAR 8 ML, DE 6/6 HORAS, POR 7 DIAS.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gregory Pires Guimarães Correia
Nº da Carteira: 2.80.221
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 18/11/2008 **Nº da Guia:** 16816

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/04/2024	10:10:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição
dedo bateu no joelho

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	15/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

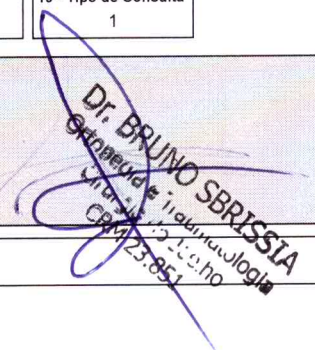
Observações
gelo no local

Ass.:


Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar
Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador 16816	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000852810*	
					
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira 0016816		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 0	
12 - Nome do Profissional Executante BRUNO SBRISIA		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 23851	
				15 - UF PR	
				16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
				29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 15/04/2024		19 - Tipo de Consulta 1		20 - Tabela 22	
				21 - Código do Procedimento 0010101012	
				22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
					
24 - Assinatura do Profissional Executante				25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 15/04/2024, Sílvia Maria Martins Pires G. Correia	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 50965

Paciente: **GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA**Data Nasc.: **18/11/2008**Idade: **015.07.29**

Data: 15/04/2024

Hora: 15:36

Médico: BRUNO SBRISSIA

Trauma direto em 2 QD D hj na aula de educ fisica

EF - Discreto aumento de volume local com limitação da flexão do indicado (IFP)

Rx - Fratura sem desvio

COND. - Tala metálica + AINH + orientações

VENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

16816

00000852812



1 - Nº da Guia Principal
-u00 16816

4 - Data da Autorização 15/04/2024 5 - Senha 16816 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 0016816 9 - Validade da Carteira 10 - Nome GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA 89 - Nome Social 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO SBRISSIA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 23851 18 - UF PR 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Bruno Sbrissia

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
21 - Caráter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 15/04/2024 23 - Indicação Clínica 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 001

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 001

2 3 4 5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de Atendimento 01 92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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 15/04/2024	14:05	14:05	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001				1,00	37,07
2			2								
3			2								
4			2								
5			2								

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 15/04/2024	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
37,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 50965

Paciente: **GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA**Data Nasc.: **18/11/2008** Idade: **015.07.29**

Data: 15/04/2024 Hora: 14:11 Médico: RAIO X

REALIZADO RX DEDO INDICADOR MÃO DIREITA AP E PERFIL - PACS VERA

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000852968



1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
15/04/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0016816

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
23851

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CNPJ 23.051

DR. BRUNO SBRISSIA
Otorrinolaringologista

15 - Nome do Profissional Solicitante
BRUNO SBRISSIA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
23851

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CNPJ 23.051

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030722403

26 - Descrição
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUÇÃO IN

27 - Qtde. Solic
001

28 - Qtde. Aut.

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
00000000

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
05

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
15/04/2024

37 - Hora Inicial
15:48

38 - Hora Final
15:48

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030722403

41 - Descrição
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - REDUÇÃO IN

42 - Qtde
001

43 - Via
1.00

44 - Tec.
32.76

45 - Fator Red./Acresc
32.76

46 - Valor Unitário (R\$)
32.76

47 - Valor Total (R\$)
32.76

2

3

4

5

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
03852100941

51 - Nome do Profissional
BRUNO SBRISSIA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
23851

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 15/04/2024

3

5

7

9

2

4

6

8

10

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
32,76

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

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

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

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

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
32,76

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

POLICLINICA FAZENDA RIO GRANDE SOC LTDA



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

LIBERAÇÃO PROCEDIMENTOS

Nome: Gregory Pires G. Correa Idade: 15 Prontuário: 50965 Data: 15/04/21
N.º Carteira: - Senha: - Médico: Bruno
Horário Entrada: 15:48 Saída: 16:10 Convênio: Adventus Enfermagem: Claudia

Código Procedimento	Descrição	Quat.	CID
30222399	Prost. folage	01	S626
30311010	Incl. mão - gessada	01	S620

DADOS CLÍNICOS:

Prost. folage 2º dedo mão D 15:52

DESCRIÇÃO:

Tro. com mobilização
Tela metálica

MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.
Abaixador de língua - unid.		Luva estéril nº _____	
Água destilada _____ ml		Luva plástica	
Água oxigenada _____ ml		Malha tubular	
Agulha gengival		Micropore	400
Agulha _____ x _____ Agulha _____ x _____		Nebacetin pomada _____ gr	
Álcool _____ ml		Protetor ocular	
Álcool iodado _____ ml		P.V.P.I. degermante	
Algodão branco - bola		P.V.P.I. tópico	
Algodão ortopédico - rolo		Scalp nº _____	
Atadura crepom nº _____		Seringa _____ ml	
Atadura gessada nº _____		Sonda aspiração nº _____	
Bolsa Coletora (sistema fechado) unid.		Sonda foley nº _____	
Colírio anestésico		Sonda naso nº _____	
Compressa cirúrgica - unid.		Sonda uretral nº _____	
Cotonete		Soro fisiológico 0,9% _____ ml	
Dreno penrose nº _____		Tala de alumínio <u>40</u> cm	
Epítezan pomada _____ gr		Vaselina _____ ml	
Esparadrapo - cm		Xilocaína 2% _____ c/ vaso	
Espátula ginecológica - unid.		Xilocaína 2% _____ s/ vaso	
Fio catgut nº _____		Xilocaína gel _____ gr	
Fio nylon nº _____			
Gase estéril - pct.			
Lâmina de bisturi nº _____			
Luva de procedimento _____			

+ Juliana M. G. Correa
Assinatura do Paciente

DR. BRUNO SBRISIA
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.851

Carimbo e Assinatura do Médico

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)



1 - Registro ANS
0000

2 - Número da Guia Referenciada

Matrícula	0016816
-----------	---------

Nome Beneficiário
GREGORY PIRES GUIMARAES CORREIA

3 - Código na Operadora
01015553000180

4 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

5 - Código CNES
3341135

Despesas Realizadas

Despesas Reunidas												
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	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\$		
01	04	17 - Registro ANVISA do Material	15:48	a	15:48	18	60023384	1,00	1,00	36,40	19 - Nº Autorização de Funcionamento	36,40
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS												
02	03	15/04/2024	08:39	a	08:39	19	70799172	40,00	38	1	0,04	1,60
20 - Descrição MICROPORE BRANCO 5X10												
03	03	15/04/2024	08:39	a	08:39	19	70852570	4,00	36	1	4,24	16,96
20 - Descrição TALA METALICA 16MM X 250MM												
04	a											
20 - Descrição												
05	a											
20 - Descrição												
06	a											
20 - Descrição												
07	a											
20 - Descrição												
08	a											
20 - Descrição												
09	a											
20 - Descrição												
10	a											
20 - Descrição												
21 - Total de Gases		22 - Total de Medicamentos		23 - Total de Materiais (R\$)		24 - Total de OPME (R\$)		25 - Total de Taxas e Aluguéis		26 - Total de Diárias (R\$)		27 - Total Geral (R\$)
0,00		0,00		18,56		0,00		36,40		0,00		54,96

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Guilherme Ferreira da Silva

Nº da Carteirinha: 2.80.52

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 07/12/2012

Nº da Guia: 19038

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2024	14:12:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo, 2º Dedo Pé Direito

Descrição

Torção - dedo do pé

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi atendido pelo professor

Ass.:

Reginaldo M. Santos
Vice Diretor

Reginaldo Marques dos Santos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000894938*	
4 - Número da Carteira 0028052		5 - Validade da Carteira 26/06/2024		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome GUILHERME FERREIRA DA SILVA					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135	
9 - Código na Operadora		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 48177	
12 - Nome do Profissional Executante ISADORA CAROLINA HENSEL SCHILA		15 - UF PR		16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		29 - Saúde Ocupacional			
18 - Data do Atendimento 26/06/2024		19 - Tipo de Consulta 1		20 - Tabela 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012		22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante Dra. Isadora Hensel Schila Médica CRM-PR 48.177		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Márcia Gomes Ferreira			

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 78620

Paciente: **GUILHERME FERREIRA DA SILVA**Data Nasc.: **07/12/2012** Idade: **011.07.10**

Data: 26/06/2024 Hora: 20:36 Médico: ISADORA CAROLINA HENSEL SCHILA

S: PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE QUE REFERE TRAUAM CONTUSO EM PE ESQUERDO HOJE HÁ 03 COM DOR E EDEMA LOCAL

HMP: NEGA COMORBIDADES USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA E ALERGIA A MEDICAMENTOS

EXAME FÍSICO:

FC: 85

SAT: 98 %

AFEBRIL: 36, 6

BEG, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, CALMO, LOTE, EUPNEICO,
SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS

DOR A PALPAÇÃO DE METATARSOS, COM EDEMA LOCAL +/-+++

HDX:

CONDUTA: RAIOS X PE ESQUERDO

ORIENTO GELO LOCAL E REPOUSO

MEDICAÇÃO CONFORME RECEITUÁRIO / ORIENTO O TRATAMENTO /

RETORNO IMEDIATO AO PS SE SINAIS DE ALARME.

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000894961

1 - Registro A/S 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 26/06/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0028062

9 - Validade da Carteira 26/06/2024

10 - Nome GUILHERME FERREIRA DA SILVA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora C/015553000180

14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante ISADORA HENSEL SCHILIA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 48177

18 - UF PR

19 - Código CBO 0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr(a) Isadora Hensel Schilia

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação 26/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0041101308

26 - Descrição PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO

27 - Cide Solic 001

28 - Cide Aut.

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180

30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento 01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 26/06/2024 37 - Hora Inicial 19:15 38 - Hora Final 19:15 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0041101308 41 - Descrição PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO

42 - Cide 001

43 - Via

44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 1.00

46 - Valor Unitário (R\$) 728.92

47 - Valor Total (R\$) 728.92

4

3 2

4 2

5 2

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

48 - Sec. Ref. 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPE 30182190900 51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 5214

54 - UF 41

55 - Código CBO 225320

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

1 26/06/2024

3 11

5 11

7 11

9 11

10 11

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 728.92 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPM (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 728.92

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 78620

Paciente: **GUILHERME FERREIRA DA SILVA**Data Nasc.: **07/12/2012** Idade: **011.07.10**

Data: 26/06/2024 Hora: 20:04 Médico: RAIO X

RELIZADO RX PE ESQUERDO AP E OBLIQUO P-PACS VERA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Castro Moura

Nº da Carteirinha: 2.80.453

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 31/10/2010

Nº da Guia: 18105

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	08:52:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava andando na sala e virou o pé.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora E

Data

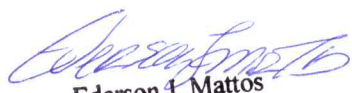
27/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.:


Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
		00000877300	
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 0280453		5 - Validade da Carteira	
		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome GUSTAVO CASTRO MOURA			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	
		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante AMANDA FERREIRA RÉGO		13 - Conselho Profissional 6	
		14 - Número no Conselho 49771	
		15 - UF PR	
		16 - Código CBO 225125	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial	
		28 - Regime de Atendimento 01	
		29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 27/05/2024		19 - Tipo de Consulta 4	
		20 - Tabela 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012	
		22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante Dra. Amanda Ferreira Régio MÉDICA CRM-PR 49771		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Castro	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 75116

Paciente: GUSTAVO CASTRO MOURA

Data Nasc.: 31/10/2010 Idade: 013.08.17

Data: 27/05/2024 Hora: 12:28 Médico: AMANDA FERREIRA RÊGO

#Comorb: asma

#MUC: symbicort

#Alergias: nega

#S:

Avó refere que o paciente teve QMN e entorse em tornozelo esquerdo, evoluindo com dor, edema e dificuldade para deambular.

#O:

Criança BEG, corada, hidratada, eupneica, chorosa/agitada, colaborativa/pouco colaborativa. Edema importante em TNZ esq, mobiliza ativamente, com restrição na amplitude do movimento por conta da dor, principalmente à abdução.

#A:

Entorse de TNZ?

Ex de TNZ?

#P:

- Solicito rx de tornozelo E

- Aguardo exame para definir conduta

Receituário:

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE FOI ATENDIDO E AVALIADO POR MIM, NA DATA DE HOJE E
NECESSITA PERMANECER EM REPOUSO POR 03 DIAS,
A PARTIR DE HOJE.

CID-10: T07

***** DIVULGAÇÃO DO CID AUTORIZADA PELA AVÓ DO PACIENTE.**

Receituário:

USO ORAL:

1) CETOPROFENO 150 MG ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO, DE 12/12 HORAS, POR 5 DIAS.

2) DIPIRONA 1G ----- 1 CARTELA
TOMAR 1 COMPRIMIDO, DE 8/8 HORAS, SE TIVER DOR
OU FEBRE.

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0280453

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GUSTAVO CASTRO MOURA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
AMANDA FERREIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
49771

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
27/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrasc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 27/05/2024	12:04	a	12:04	22	0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	001				1,00	37,07
2			a								
3			a								
4			a								
5			a								

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CNPJ
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

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

1
27/05/2024

3
/ /

5
/ /

7
/ /

9
/ /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37,07

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

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

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

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

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
37,07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande



00000877445

EMANEXO



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

P/ Gustavo Castro Moura:

Solicito o seguinte exame:

Radiografia do tornozelo (AP + perfil).

Concórdio - Clínica
Adventista.

Dra. Amanda Ferreira Régio
MÉDICA
CRM-PR 49.771

Fazenda Rio Grande, 27 de maio de 2024

AMANDA FERREIRA REGO
CRM49771

Rua Ephiênio P. da Cruz, 1396 - Pioneiros
Fazenda Rio Grande/Paraná | CEP: 83823-020
Fone: 41 3644.2700 | E-mail: contato@policlinicafrg.com.br
www.policlinicafrg.com.br

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 75116

Paciente: **GUSTAVO CASTRO MOURA**Data Nasc.: **31/10/2010** Idade: **013.08.17**

Data: 27/05/2024 Hora: 12:21 Médico: RAIO X

REALIZADO RAIOS X DE TORNOZELO ESQUERDO AP + PERFIL (PACS) GISLAINE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabelly Cassia de Oliveira Morgante
Nº da Carteirinha: 2.80.1842
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 25/10/2010

Nº da Guia: 17583

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2024	10:10:00	Escada	Foi ao banheiro e caiu da escada

O que aconteceu

Queda de altura (**Ex.: escada**)

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava em aula, foi ao banheiro relatou ter ficado tonta, e caiu da escada, machucando o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Monitor Gr

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Em

Data

09/05/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo no local, passado gelol, e comunicado os responsáveis.

Ass.:

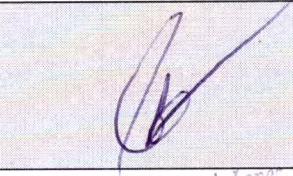
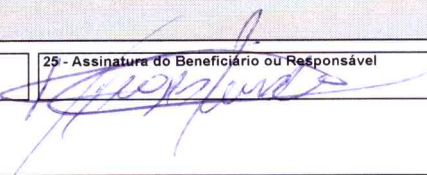
Andressa Mazzone
Aux. Financeiro

Andressa Mazzone Pereira

Portiano dos Reis Lopes
Médica
CRM 51089

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA		*00000867727*	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 2801842		5 - Validade da Carteira 09/05/2024	
6 - Atendimento a RN N			
7 - Nome ISABELLY CASSIA DE OLIVEIRA MORGANTE			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	
11 - Código CNES 3341135			
12 - Nome do Profissional Executante GILCIELE SANTANA DOS REIS		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 51089		15 - UF PR	
16 - Código CBO 225125			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial	
28 - Regime de Atendimento 01		29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 09/05/2024		19 - Tipo de Consulta 1	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante  Gilciele Santana dos Reis Médica CRM/PR 51089		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 73951

Paciente: ISABELLY CASSIA DE OLIVEIRA MORGANTE

Data Nasc.: 25/10/2010

Idade: 013.08.22

Data: 09/05/2024

Hora: 13:25

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

#S

QP: TORÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO

SINTOMAS INICIARAM AGORA

NEGA OUTRAS QUEIXAS

BEG, CHAAA, EUPNEICO E LOTE

NEGA ALERGIAS, MUC, E COMORNIDADES

#O

EXAME FISICO

ORO: S/P

OTO: S/P

AC: 2T SS RR

AP: MV (+) BILATERALMENTE, SRA

ABDOME: RHA (+), INDOLOR A PALPAÇÃO, NORMOTENSO, SVM, DB (-) BLUMBERG (-)

MMII: PULSOS PALPAVEIS, SEM LESÕES.

DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO TORNOZELO

PACIENTE CAMINHA COM NORMALIDADE.

#A

ENTORSE

#P

SINTOMATICOS + GELO

ALTA

Receituário :

USO ORAL

- ALIVIUM 100 MG/ML---01 FR

OFERTAR 40 GOTAS DE 8/8 HORAS POR 3 DIAS.

- COMPRESSA FRIA SOBRE O LOCAL DE DOR 3x DIA (TORNOZELO ESQUERDO)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jose Alex Durau

Nº da Carteirinha: 2.80.37

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 27/01/2009

Nº da Guia: 17511

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/05/2024	12:06:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Pé Direito

Descrição

chutou o pé do colega.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professor

Data

07/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000866117

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

028037.

5 - Validade da Carteira

23/11/2025

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

JOSE ALEX DURAU

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante
GILCIELE SANTANA DOS REIS13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5108915 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

07/05/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Gilciele Santana dos Reis
Médica
CRM/PR 51089

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 80448

Paciente: JOSE ALEX DURAU

Data Nasc.: 27/01/2009

Idade: 015.05.20

Data: 07/05/2024 Hora: 14:35

Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

PACIENTE APRESENTA TRAUMA EM DEDO ALUX DIREITO COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL

PRESCREVO ANALGESIA NA CLINICA

SINTOMATICOS

ENCAMINHO PACIENTE PARA CLINICA DE FRATURAS.

Receituário :

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO PACIENTE PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA DO ORTOPEDISTA.

PACIENTE APRESENTA FRATURA DE ALUX FALANGE PROXIMAL MID, DECORRENTE DE TRAUMA.

SEGUE EXAME DE RADIOGRAFIA.

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
07/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



00000866133

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
07205-1

9 - Validade da Carteira
23/1/2025

10 - Nome
JOSE ALEX DURAU

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
GILCIELE SANT'ANA DOS REIS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
51089

18 - UF
PR

19 - Código CBO
0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Gilciele Sant'Ana dos Reis Lopes
CRM 51089

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
07/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804097

26 - Descrição
PÉ OU PODODÁCTILO

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Políclínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
07/05/2024

37 - Hora Inicial
12:55

38 - Hora Final
12:55

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040804097

41 - Descrição
PÉ OU PODODÁCTILO

42 - Qtd
001

43 - Via
1,00

44 - Fator Red./Acresc

45 - Valor Unitário (R\$)
37,07

46 - Valor Total (R\$)
37,07

1
2
3
4
5

a
a
a
a
a

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

48 - Seq Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

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

1 07/05/2024
2 _/_/_

3 _/_/_

4 _/_/_

5 _/_/_

6 _/_/_

7 _/_/_

8 _/_/_

9 _/_/_

10 _/_/_

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
37,07

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

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

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

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

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
37,07

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Políclínica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024
Pag.: 1

Ficha: 80448

Paciente: **JOSE ALEX DURAU**

Data Nasc.: **27/01/2009** Idade: **015.05.20**

Data: 07/05/2024 Hora: 13:12 Médico: RAIO X

REALIZADO RX PÉ DIREITO AP E OBLÍQUA (PACS) - GISLAINE

00000871309

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 07/05/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 07205-1	9 - Validade da Carteira 23/1/2025	10 - Nome JOSE ALEX DURAU	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante GILCIELE SANTANA DOS REIS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 51089	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Nome do Profissional Solicitante Dra Gilciele Santana dos Reis Médica CRM-PR 51089
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/05/2024	23 - Indicação Clínica [Assinatura]		
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0000000690	26 - Descrição MEDICAÇÃO INTRA MUSCULAR	27 - Qtd. Solic 001	28 - Qtd. Aut.
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Políclínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 07/05/2024	37 - Hora Inicial 15:54	38 - Hora Final 15:54	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0000000690	41 - Descrição MEDICAÇÃO INTRA MUSCULAR	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 0,00	47 - Valor Total (R\$) 0,00
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 87865408234	51 - Nome do Profissional GILCIELE SANTANA DOS REIS	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 51089	54 - UF 41	55 - Código CBO 225125
--------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

1 07/05/2024	3 / / /	5 / / /	7 / / /	9 / / /
2 / / /	4 / / /	6 / / /	8 / / /	10 / / /

58 - Observação / Justificativa

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



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOSE Alex DUARTE Idade: 15 Data: 07/05/24
N.º Carteira: admitido Senha: - Prontuário: 80448
Médico: Gláucia Paula Procedimento: Acadêmico
Horário Entrada: 14:40 Horário Saída: 14:50 Enfermagem: -
Código do Procedimento: - Quantidade: 01

DADOS CLÍNICOS: FRATURA DE ALUX DIREITO

PRESCRIÇÃO MÉDICA: USO 1x1
- TRAMAPOL 100mg 14:45

EVOLUÇÃO MÉDICA: OK

Gláucia Santana dos Reis Inês
Médica
CRM/PR 51086

Carimbo e Assinatura do Médico

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido nesta unidade
consciente, orientado, comunicativo, deambulando,
referindo dor em região do fêmur direito,
administrada medicação C.P.M., em seguida foi
liberado com alta médica para domicílio.

Thays Alves da Silva
Técnica em Enfermagem
Coren Pr 1781450

Carimbo e Assinatura da Enfermagem

SINAIS VITAIS:

Horário	P.A.	F.C.	Temp.	SAT	Dextro

Assinatura do Paciente: [assinatura]



871309

1 - Registro ANS 0000		2 - Número da Guia Referenciada		Matricula 07205-1		Nome Beneficiário JOSE ALEX DURAU	
3 - Código na Operadora 01015553000180		4 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande				5 - Código CNES 3341135	

Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	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\$					
01	07/05/2024	14:40		18	60015322	1,00	36	1	10,40	10,40					
20 - Descrição TAXA DE SALA DE APLICAÇÃO DE INJEÇÃO															
02	07/05/2024	14:40	a	19	70014370	1,00	36	1	1,91	1,91					
20 - Descrição AGULHA DESCARTAVEL 40X12															
03	07/05/2024	14:40	a	19	70014280	1,00	36	1	1,26	1,26					
20 - Descrição AGULHA DESCARTAVEL 25X07															
04	07/05/2024	14:40	a	19	70705283	1,00	36	1	2,41	2,41					
20 - Descrição SERINGA 3ML															
05	07/05/2024	14:40	a	20	90048431	1,00	01	1	9,57	9,57					
20 - Descrição CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/2ML															
06			a												
20 - Descrição															
07			a												
20 - Descrição															
08			a												
20 - Descrição															
09			a												
20 - Descrição															
10			a												
20 - Descrição															
21 - Total de Gases 0,00															
22 - Total de Medicamentos 9,57															
23 - Total de Materiais (R\$) 5,58															
24 - Total de OPME (R\$) 0,00															
25 - Total de Taxas e Aluguéis 10,40															
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00															
27 - Total Geral (R\$) 25,55															

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Jose Alex Durau

Nº da Carteirinha: 2.80.37

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 27/01/2009

Nº da Guia: 17511.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/05/2024	12:34:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Pé Direito

Descrição
chutou o pé do colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor	07/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

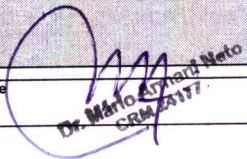
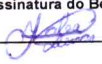
Motivo do Retorno
retorno

Ass.:


Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar
Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		GUIA DE CONSULTA		2 - Nº da Guia do Prestador	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		*00000872089*	
					
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira 07205-1		5 - Validade da Carteira 23/11/2025		6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome JOSE ALEX DURAU					
26 - Nome Social					
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135	
12 - Nome do Profissional Executante MARIO ARMANI NETO		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 24177	
				15 - UF PR	
				16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial		28 - Regime de Atendimento 01	
				29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 16/05/2024		19 - Tipo de Consulta 1		20 - Tabela 22	
				21 - Código do Procedimento 0010101012	
				22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante  Dr. Mario Armani Neto CRM 24177		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 			

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024
Pag.: 1

Ficha: 80448

Paciente: JOSE ALEX DURAU

Data Nasc.: 27/01/2009 Idade: 015.05.20

Data: 16/05/2024 Hora: 17:02 Médico: MARIO ARMANI NETO

FRATURA DO HALUX DIREITO HA 9 DIAS, POR TRAUMA DIRETO
COM ESPARADRAPAGEM

POUCA DOR LOCAL SEM DEFORMIDADE

CD: RETORNA EM 1 SEMANA COM RX FEITO NO DIA

Solicitação de Exames :

40804097 - Raio X do pé ou pododáctilo

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lara Marcelino Andrade Gomes

Nº da Carteirinha: 2.80.1504

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 06/01/2020

Nº da Guia: 19103

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2024	17:36:00	Sala de Aula	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Direito

Descrição

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Professora

Data

27/06/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

00000895736

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

2801504

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LARA MARCELINO ANDRADE GOMES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

GILCIELE SANTANA DOS REIS

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

51089

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

27/06/2024

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Gilciele Santana dos Reis Lopa
Médica
CRM/PR 51089

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

X *Lara*

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 145436

Paciente: LARA MARCELINO ANDRADE GOMES

Data Nasc.: 06/01/2020 Idade: 004.06.11

Data: 27/06/2024 Hora: 19:51 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

Solicitação de Exames :

40801187 - Radiografia DE BRAÇO ESQUERDO
40801187 - Radiografia DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
40801187 - Radiografia DE PUNHO ESQUERDO

Receituário :

USO ORAL

Paracetamol 200 mg/ml.....1Fr
Tomar 16 gotas 6/6 horas se dor ou febre.

Ibuprofeno 50 mg/ml ----1 fr
Tomar 25 gotas de 8/8 horas por 3 dias.

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 145436

Paciente: LARA MARCELINO ANDRADE GOMES

Data Nasc.: 06/01/2020 Idade: 004.06.11

Data: 27/06/2024 Hora: 19:48 Médico: GILCIELE SANTANA DOS REIS

paciente sofreu torção
membro colocado no lugar apenas com movimento de supinação

prescrevo sintomaticos
alta

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 27/06/2024 5 - Senha

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2801504 9 - Validade da Carteira 10 - Nome LARA MARCELINO ANDRADE GOMES

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante GILCIELE SANTANA DOS REIS 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 51089

18 - UF PR

19 - Código CBO 0

20 - Assinatura do Profissional Solicitante Gilciele Santana dos Reis

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
1	27/06/2024		22	0040803082	RX BRAÇO	001	
2			22	0040803104	RX ANTEBRAÇO	001	
3			22	0040803112	PUNHO	001	
4							
5							

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de Atendimento 01 92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	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 27/06/2024	18:54	a	22	0040803082	RX BRAÇO	001			1,00	38,19	38,19
2 27/06/2024	18:54	a	22	0040803104	RX ANTEBRAÇO	001			1,00	37,07	37,07
3 27/06/2024	18:54	a	22	0040803112	PUNHO	001			1,00	37,07	37,07
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
3	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 27/06/2024 3 27/06/2024 5 1 6 1 7 1 8 1 9 1 10 1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 112,33 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 112,33

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande



D0000895761

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 145436

Paciente: LARA MARCELINO ANDRADE GOMES

Data Nasc.: 06/01/2020

Idade: 004.06.11

Data: 27/06/2024

Hora: 19:24

Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE BRAÇO AP + PERFIL + RX DE PUNHO AP + PERFIL (PACS)

*** PCT COM MUITA DOR, POUCO COLABORATIVA***

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Dutra Tosta

Nº da Carteirinha: 2.80.1012

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 06/10/2013

Nº da Guia: 18373

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/06/2024	11:46:00	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Pé Esquerdo

Descrição

Testemunha da ocorrência

Prof

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Coord

Data

06/06/2024

Local de atendimento

Atendimento no próprio
estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000882785

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0135430

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LAURA DUTRA TOSTA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante
RENAN KIMURA ROSOT13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5005615 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

06/06/2024

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 85533

Paciente: LAURA DUTRA TOSTA

Data Nasc.: 06/10/2013 Idade: 010.09.11

Data: 06/06/2024 Hora: 12:19 Médico: RENAN KIMURA ROSOT

#NEGA COMORBIDADES

#NEGA MUC

#NEGA ALERGIAS

#S
PACIENTE VEM AO ATENDIMENTO DEVIDO A QUEDA NA ESCOLA COM ENTORSE EM TORNOZELO
NEGA FEBRE
NEGA NAUSEAS, VOMITOS OU DIARREIA
CONSEGUE MANTER PADRÃO ALIMENTAR
FEZ USO DE MEDICAÇÕES

#O
BEG, LOTE, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, PIFR
SEM DOR EM PALPAÇÃO DE SEIOS DA FACE
MEMBROS INFERIOR DIREITO COM DOR EM PALPAÇÃO, SEM CREPITAÇÕES, EDEMA LEVE, SEM CACIFO
SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO MENINGEA

#A
TRAUMA EM TORNOZELO

#P
ORIENTO PACIENTE SOBRE O QUADRO, CUIDADOS E NECESSIDADE DE RETORNO
SOLICITO RX DE TORNZELOE, PÉ D
SOLICITO RX PARA REAVALIAÇÃO DE 6 MESES DE FX DE PUNHO
REAVALIO NA SEUQNECIA

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 85533

Paciente: LAURA DUTRA TOSTA

Data Nasc.: 06/10/2013 Idade: 010.09.11

Data: 06/06/2024 Hora: 12:18 Médico: RENAN KIMURA ROSOT

Solicitação de Exames :

40804089 - Raio X do tornozelo (articulação tibiotársica)
40804097 - Raio X do pé ou pododáctilo
40803112 - Raio X do Punho

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA			
		00000882787	
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 0135430	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome LAURA DUTRA TOSTA			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135
12 - Nome do Profissional Executante MARIO ARMANI NETO	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 24177	15 - UF PR
		16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento 06/06/2024	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante Dr. Mario Armani Neto CRM 24177 / RQE 15499		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Laura Dutra Tosta	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 85533

Paciente: LAURA DUTRA TOSTA

Data Nasc.: 06/10/2013 Idade: 010.09.11

Data: 06/06/2024 Hora: 14:57 Médico: MARIO ARMANI NETO

DOR TORNOZELO DIREITO APOS TORÇAO HOJE
EF: DOR FACE PATERAL DO TORNOZELO SEM EQUIMOSE
SEM INSTABILIDADE SEM DEFORMIDADE

RX:
TORNOZELO E PÉ - SEM FRATURAS
PUNHO - CALO OSSEO OK
CD: IMOBILIZADOR
ALIVIUM

Receituário :

USAR IMOBILIZADOR PARA TORNOZELO DIREITO

Receituário :

USO INTERNO
ALIVIUM GOTAS ----- 1 FRASCO
25 GOTAS 8/8 HORAS SE DOR

Receituário :

PACIENTE NECESSITA O USO DE IMOBILIZADOR PARA TORNOZELO COMO
TRATAMENTO DE QUADRO DE ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO CID S934 NO DIA
06/06/2024

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

2 - Nº da Guia do Prestador

0000082809

1 - Registro A.C.S.
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
06/06/2024

5 - Senha
18373

6 - Data de Validade da Senha
06/06/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0135430

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LAURA DUTRA TOSTA

89 - Nome Social

12-Atendimento a RM
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

Dr. Renan Kimura Rosot

15 - Nome do Profissional Solicitante
RENAN KIMURA ROSOT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
50056

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Medico Renan Kimura Rosot CRM 50056

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
06/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0040803112

26 - Descrição
PUNHO

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

2 22 0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

001

3 22 0040804097 PÉ OU PODODACTILO

001

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

32 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	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\$)
06/06/2024	12:45	a	12:45	22	0040803112 PUNHO	001			1.00	37,07	37,07
06/06/2024	12:45	a	12:45	22	0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.00	37,07	37,07
06/06/2024	12:45	a	12:45	22	0040804097 PÉ OU PODODACTILO	001			1.00	37,07	37,07
4											
5											

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

48 - Seq./Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
3	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 06/06/2024 3 06/06/2024 5 / / / 7 / / / 9 / / /
2 06/06/2024 4 / / / 6 / / / 8 / / / 10 / / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 111,21 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 111,21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Policlinica Fazenda Rio Grande

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 85533

Paciente: LAURA DUTRA TOSTA

Data Nasc.: 06/10/2013 Idade: 010.09.11

Data: 06/06/2024 Hora: 13:10 Médico: RAIO X

REALIZADO RX PUNHO D AP E PERFIL + RX PÉ E TORNOZELO D AP E PERFIL - PACS MATHEUS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luiz Guilherme de Andrade Rosa

Nº da Carteira: 2.80.383

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 03/04/2010

Nº da Guia: 18543

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	09:51:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Coxa Direita

Descrição

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora D

Data

12/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

contato com a mãe

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

2 - Nº da Guia do Prestador

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

00000885989

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0280383

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante
LUCIANO APPEL13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1361015 - UF
PR16 - Código CBO
225225

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

12/06/2024

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luciano Appel
Médico
CRM-PR 13610

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 162335

Paciente: LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA

Data Nasc.: 03/04/2010 Idade: 014.03.14

Data: 12/06/2024 Hora: 10:46 Médico: LUCIANO APPEL

14a PA 100/60mmhg P 56kg

Natural de CTBA - PR

Estudante - Acompanhado Pela Mãe

Distensão de Quadril Dir - Hoje

Asma

TTO -

Alênia 6/200mcg

Aerolin 100mg

Mãe Tem Nefrolitíase

Avó Mat Teve CCC

RX/US - Hoje

ECG/EC/US/Lb

TTO - Nivux 100/20mg

CLÍNICA ADVENTISTA DE
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº da Guia do Prestador



00000886015

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 12/06/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha 12/06/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 0280383	9 - Validade da Carteira
10 - Nome LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA	89 - Nome Social
12 - Atendimento a RN [N]	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANO APPEL	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 13610	18 - UF PR
19 - Código CBO	20 - Assinatura de <u>Dr. Luciano Appel</u> CRM-PR 13610

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 12/06/2024	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic. 001
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0040804038	26 - Descrição RX ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	28 - Qtd. Aut. 001
2	22	0040805026	RX TÔRAX - 2 INCIDÊNCIAS
3			
4			
5			

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande
31 - Código CNES 3341135	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 12/06/2024	37 - Hora Inicial 11:00
38 - Hora Final 11:00	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0040804038	41 - Descrição RX ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)
42 - Qtd. 001	43 - Via 001
44 - Tec. 1.00	45 - Fator Red./Acrese 38.19
46 - Valor Unitário (R\$) 36.57	47 - Valor Total (R\$) 36.57
4	a
5	a

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12
50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN
52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214
54 - UF 41	55 - Código CBO 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 12/06/2024	3 - / /
2 12/06/2024	4 - / /
5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 74,76	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 74,76	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 162335

Paciente: LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA

Data Nasc.: 03/04/2010 Idade: 014.03.14

Data: 12/06/2024 Hora: 11:20 Médico: RAO X

REALIZADO RAIOS X DE TORAX PA e PERFIL + QUADRIL DIREITO AP e PERFIL (PACS) GISLAINE

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000886065

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 12/06/2024	5 - Senha 18543
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário 0280383	9 - Validade da Carteira LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA	10 - Nome LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-------------------------------------	--	---	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANO APPEL	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 13610	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Luciano Appel CRM-PR 13610
--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 12/06/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040901220	26 - Descrição US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	27 - Qtd. Solic 001	28 - Qtd. Aut.
2							
3							
4							
5							

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 00000000
--	---	------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 12/06/2024	37 - Hora Inicial 11:42	38 - Hora Final a	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040901220	41 - Descrição US ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1.00	45 - Fator Fed./Acreso 101.44	46 - Valor Unitário (R\$) 101.44	47 - Valor Total (R\$) 101.44
1											
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 50755218949	51 - Nome do Profissional CELSO SETOGUTTE	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 11023	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320
--------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

1 12/06/2024	3	5	7	9
2	4	6	8	10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 101,44	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 101,44
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Profissional			

Paciente: LUIZ GUILHERME DE ANDRADE ROSA
Médico: CELSO SETOGUTTE
Médico Solicit.: LUCIANO APPEL
Data Exame: 12/06/2024
Data de Emissão: 17/07/2024
US COXA
DIREITA

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO DE COXA SUPERIOR ANTERIOR / QUADRIL DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

- Pele e tela subcutânea com aspecto sonográfico normal
- Grupos musculares com morfologia e ecogenicidade normais.
- Não se detectam herniações umbilicais ou spigelianas.
- Ausência de massas ou coleções organizadas.
- Contornos ósseos aparentes preservados

obs.: considerar as limitações do método .

ID - Exame sonográfico dentro dos padrões habituais .

DR CELSO SETOGUTTE
CRM: 11023-PR - MEMBRO TITULAR DO CBR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus de Souza Czarneski

Nº da Carteirinha: 2.80.185

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 11/12/2012

Nº da Guia: 18014

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2024	09:10:00	Quadra	Chegada

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Olho Esquerdo

Descrição

O colega bateu com o joelho no olho dele

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

23/05/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

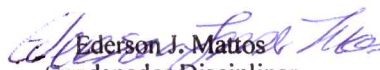
Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Toalha umedecida

Ass.:


Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar
Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000875625

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

0280185

5 - Validade da Carteira

23/05/2025

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

MATHEUS DE SOUZA CZARNESKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante
ROBSON LUIZ DE SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1490315 - UF
PR16 - Código CBO
225265

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

23/05/2024

19 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Robson Luiz de Siqueira

24 - Assinatura do Profissional Executante

Otorrinolaringologista
CRM-PR 14903

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

8

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 100516

Paciente: **MATHEUS DE SOUZA CZARNESKI**Data Nasc.: **11/12/2012**Idade: **011.07.06**

Data: 23/05/2024

Hora: 9:51

Médico: ROBSON LUIZ DE SIQUEIRA

Trauma OE hoje.

AV s/c 20/20 AO

EE Versões OK

Dor a palpação borda inferior temporal

BIO OE Córnea OK, CA OK

CD Ster 4 x dia

Compressa fria

MR

Profenid 25g 8/8h

Reavaliar amanhã

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Zampiron Machado

Nº da Carteira: 2.80.1615

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 28/11/2018

Nº da Guia: 19123

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2024	11:07:00	Playground (Ex: parquinho)	parquinho

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Perna Esquerda

Descrição

caiu do parquinho.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professora

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Data

Professora

28/06/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Policlínica Fazenda Rio Grande

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

1396

Pioneiros

(41) 3614-2700

Observações

gato do local

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

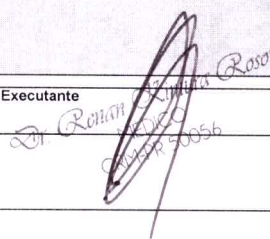
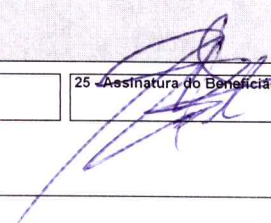
Para ratificação favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:

<https://www.clinicaadventista.org.br/assistentiamedica> (para prestadores) ou E-mail: assistentiamedica@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

assistentiamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA		*00000896034*	
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 2801615	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome MIGUEL ZAMPIRON MACHADO			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 3341135
12 - Nome do Profissional Executante RENAN KIMURA ROSOT	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 50056	15 - UF PR
16 - Código CBO 225125			
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento 28/06/2024	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante 		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 123955

Paciente: MIGUEL ZAMPIRON MACHADO

Data Nasc.: 28/11/2018 Idade: 005.07.19

Data: 28/06/2024 Hora: 12:11 Médico: RENAN KIMURA ROSOT

PACIENTE VEM AO ATENDIMENTO DEVIDO A QUEDADE ESCORREGADOR
DOR EM PALPAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO
SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO
SEM DOR EM TORAX
SEM ALTERAÇÃO ABDOMINAL
SOLICITO RX DE MIE
REAVALIO NA SEQUENCIA
Receituário :

AO HOSPITAL

ENCAMINHO PACIENTE SUPRACITADO APOS QUEDA DE PLANO ELEVADO COM
APOIO EM MIE, EM ESCOLA, RESULTANDO EM FRATURA DE TIBIA ESQUERDA - RX EM
ANEXO COM A MÃE- SOLICITO APOIO PARA CUIDADOS E REDUZIR A REALIZAÇÃO DE
INTERVENÇÕES E GARANTIR MELHOR DESENVOLVIMENTO AO PACIENTE
GRATO

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 123955

Paciente: **MIGUEL ZAMPIRON MACHADO**Data Nasc.: **28/11/2018** Idade: **005.07.19**

Data: 28/06/2024 Hora: 12:11 Médico: RENAN KIMURA ROSOT

PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA ESQUERDA EM RX

ORIENTO CUIDADOS

ORIENTO NECESSIDADE DE ORTOPEDISTA

ALTA

CLÍNICA ADVENTISTA DE
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000896041

1 - Registro ANS 0000000	3 - Numero da Guia Principal
4 - Data da Autorização 26/06/2024	5 - Senha 19123
6 - Data de Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuído pela Operadora



8 - Número da Carteira 2801615	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MIGUEL ZAMPIRON MACHADO	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	------------------	------------------------------

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 50056	18 - UF PR	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Renan Kimura Rosot</i> CRM 50056
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/06/2024	23 - Indicação Clínica	28 - Qtd. Aut.
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040804070	26 - Descrição PERNA	42 - Qtd. Solic. 001
2	22	0040804089	001
3	22	0040804097	001
4			
5			

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
		91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	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 28/06/2024	11:46	a	11:46	22	0040804070	PERNA	001		1,00	37,07	37,07
2 28/06/2024	11:46	a	11:46	22	0040804089	RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001		1,00	37,07	37,07
3 28/06/2024	11:46	a	11:46	22	0040804097	PÉ OU PODODÁCTILO	001		1,00	37,07	37,07
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Valor Unitário (R\$)	57 - Valor Total (R\$)
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320		
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320		
3	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 28/06/2024	
2 28/06/2024	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 111.21	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases/Medicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 111.21
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Yêtic B. Zampiron</i>						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Renan Kimura Rosot</i> CRM 50056						
68 - Assinatura do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande						

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 123955

Paciente: MIGUEL ZAMPIRON MACHADO

Data Nasc.: 28/11/2018

Idade: 005.07.19

Data: 28/06/2024

Hora: 12:01

Médico: RAO X

REALIZADO RX PERNA ESQUERDA AP E PERFIL (PACS) - GISLAINE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Nicolas de Souza Vellozo

Nº da Carteirinha: 2.80.1307

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 24/11/2012

Nº da Guia: 19121

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/06/2024	10:58:00	Sala de Aula	Sala de aula

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Bateu na mesa do professor

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

28/06/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

Limpeza no local

*Dr. Lucas Henrique M. Costa
Paciente
Carteira 12.317*

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA		*00000896036*	
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 2434690		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome NICOLAS DE SOUZA VELLOZO			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado		11 - Código CNES 0	
9 - Código na Operadora		10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	
12 - Nome do Profissional Executante LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA		13 - Conselho Profissional 6	
		14 - Número no Conselho 12311	
		15 - UF PR	
		16 - Código CBO 2251	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		27 - Indicador de Cobertura Especial	
		28 - Regime de Atendimento 01	
		29 - Saúde Ocupacional	
18 - Data do Atendimento 28/06/2024		19 - Tipo de Consulta 4	
		20 - Tabela 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012	
		22 - Valor do Procedimento 100,00	
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante DR LUIZ HENRIQUE M. COSTA CRM 12311		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pac. assinou guia de exame	

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 81253

Paciente: **NICOLAS DE SOUZA VELLOZO**Data Nasc.: **24/11/2012**Idade: **011.07.23**Data: **28/06/2024**Hora: **12:34**Médico: **LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA**

TRUAM DIREITO EM REGIÃO TEMPORO PARIETAL DIREITA SEM PERDA DE CONSCIENCIA , VOMITOS OU SONOLENCIA

P-35200g t-36

ATIVO , CORADO , EUPNEICO , PUPILAS ISOFOTOREAGENTES

ESCORIAÇÃO EM REGIÃO PARIETAL DIREITA

OROF E OTOSC-SP PC- BRNFS/SOPROS CPP* LIVRES ABD-SP

RX CRANIO NORMAL

CD- ASSEPSSIA E GELO LOCAL+ ALIVIUM E OBSERVAR SINAIS NEUROLÓGICOS

Receituário :

USO INTERNO

ALIVIUM GOTAS 100-----1 FRASCO
DE 35 GOTAS VO DE 6/6 HS SE DOR

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000896061

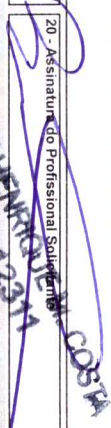
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 28/06/2024	5 - Senha 19121
6 - Data de Validade da Senha 28/06/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2801307	9 - Validade da Carteira	10 - Nome NICOLAS DE SOUZA VELLOZO	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RM [N]
-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 12311	18 - UF PR	19 - Código CBO 2251	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/06/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040801012	26 - Descrição RX CRÂNIO - 2 INCIDÊNCIAS	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
1				
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 28/06/2024	37 - Hora Inicial 12:15	38 - Hora Final 12:15	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040801012	41 - Descrição RX CRÂNIO - 2 INCIDÊNCIAS	42 - Qtd. 001	43 - Via 06	44 - Tec. 5214	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 38,19	47 - Valor Total (R\$) 38,19
1											
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320
---------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------

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

1 28/06/2024	3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 38,19	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 38,19
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	68 - Assinatura do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
--	---

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 81253

Paciente: **NICOLAS DE SOUZA VELLOZO**Data Nasc.: **24/11/2012** Idade: **011.07.23**

Data: 28/06/2024 Hora: 12:25 Médico: RAIO X

REALIZADOS RAIOS X DE CRANIO AP + PERFIL (PACS) GISLAINE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vitor Gabriel de Mello
Nº da Carteirinha: 2.80.1011
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 20/03/2014 **Nº da Guia:** 18960

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2024	15:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

O Aluno estava na educação física, jogando futsal sendo goleiro, quando foi defender a bola, caiu por cima do próprio braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	24/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

Foi colocado gelo e passado gelol no local. Comunicado os Pais.

Ass.: 
Andressa Mazzone
Aux. Financeiro
Andressa Mazzone Pereira

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2 - Nº da Guia do Prestador	
GUIA DE CONSULTA		*00000893199*	
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
			
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 2801011	5 - Validade da Carteira 24/06/2024	6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome VITOR GABRIEL DE MELLO			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande		11 - Código CNES 0
12 - Nome do Profissional Executante BRUNO SBRISSIA	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 23851	15 - UF PR
		16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
18 - Data do Atendimento 24/06/2024	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 100,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Dr. BRUNO SBRISSIA
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 23.851

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 143774

Paciente: VITOR GABRIEL DE MELLO

Data Nasc.: 20/03/2014 Idade: 010.03.27

Data: 24/06/2024 Hora: 16:58 Médico: BRUNO SBRISSIA

Queda sobre o antebraço esq hoje

Exame físico e rx sem sinais aparente de fratura

COND - ibuprofeno + gelo + retorno

1 - Registro ANV 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 24/06/2024	5 - Senha 18960
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2801011	9 - Validade da Carteira 24/06/2024	10 - Nome VITOR GABRIEL DE MELLO	12 - Atendimento a RM [N]
-----------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO SBRISSIA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 23851	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 24/06/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803104	26 - Descrição RX ANTEBRAÇO	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
1				
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 3341135
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 24/06/2024	37 - Hora Inicial 16:48	38 - Hora Final 16:48	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803104	41 - Descrição RX ANTEBRAÇO	42 - Qtd. 001	43 - Via 06	44 - Tec. 5214	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 37,07	47 - Valor Total (R\$) 37,07
1											
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320
--------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------

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

1 24/06/2024	3	5	7	9
2	4	6	8	10

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 37,07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 37,07
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

Policlinica Fazenda Rio Grande



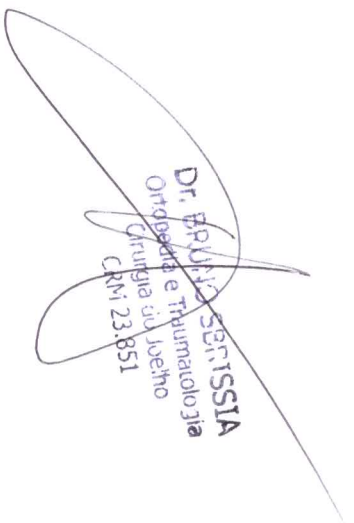
POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Vitor Gabriel de Mello

Solicitado:

Raio X de antebraço esquerdo
AP + perfil

24
06
24


Dr. BRUNA SERISSIA
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 23.851

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 143774

Paciente: VITOR GABRIEL DE MELLO

Data Nasc.: 20/03/2014 Idade: 010.03.27

Data: 24/06/2024 Hora: 16:51 Médico: RAO X

REALIZADO RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO AP E PERFIL (PACS) - MONIQUE

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Isadora Dias

Nº da Carteira: 2.80.610

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 24/03/2010

Nº da Guia: 16971.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/05/2024	13:44:33	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Jogo de basquete bola bateu

Testemunha da ocorrência

Monitor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitor E

Data

18/04/2024

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

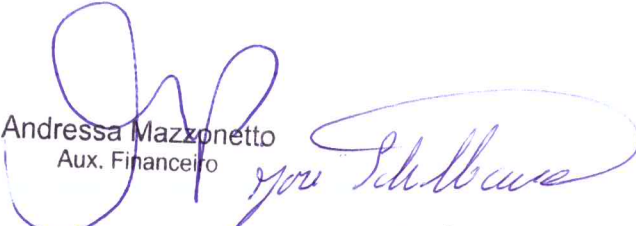
Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Motivo do Retorno

Raio X - Retorno

Ass.: 
Andressa Mazzone Pereira
Aux. Financeiro

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

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000871880

1 - Regist. ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
---------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 16/05/2024	5 - Senha 16971001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	---



Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0280610	9 - Validade da Carteira	10 - Nome YASMIN DE OLIVEIRA SCHELBAUER	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-----------------------	--	-----------------------------------	--------------------------	--	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 24177	18 - UF PR	19 - Código CBO 223910	20 - Assinatura do(a) Profissional Solicitante
----------------------	--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 16/05/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
---	--	---------------------------------	--	------------------------	--	--	-------------------------	----------------

1	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlinica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNEC 3341135
--------------------------------	--	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
----------------------	--	--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 16/05/2024	37 - Hora Inicial 13.53	38 - Hora Final 13.53	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	42 - Qtd. 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrec. 1.00	46 - Valor Unitário (R\$) 37.07	47 - Valor Total (R\$) 37.07
---	--	-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	--	------------------	---	------------------------------------	---------------------------------

1	16/05/2024	13.53	13.53	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
2								
3								
4								
5								

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 30182190900	51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 5214	54 - UF 41	55 - Código CBO 225320
--	--	---------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		1 16/05/2024	3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /		4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /	

58 - Observação / Justificativa						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$)		37.07	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	61 - Total de Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de OPME (R\$)	0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	65 - Total Geral (R\$)	37.07
-----------------------------------	--	-------	--------------------------------------	------	-------------------------------	------	--------------------------	------	----------------------------------	------	--------------------------------------	------	------------------------	-------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68 - Assinatura do Contratado		Policlinica Fazenda Rio Grande											
-------------------------------	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

69 - Assinatura do Contratado		Policlinica Fazenda Rio Grande											
-------------------------------	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

2 - Nº da Guia do Prestador



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0280610

9 - Validade da Carteira
//___

10 - Nome
YASMIN DE OLIVEIRA SCHELBAUER

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
99999999999999

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARIO ARMANI NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
24177

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica
FRATURA 5 DEDO MÃO DIREITA

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RAIO X DA MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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

91 - Regime de Atendimento

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora Inicial
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	_____	2	_____
2	_____	3	_____
3	_____	4	_____
4	_____	5	_____
5	_____	6	_____

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

48 - Seq Ref
49 - Grau 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

1	__/_/___	3	__/_/___	5	__/_/___	7	__/_/___	9	__/_/___
2	__/_/___	4	__/_/___	6	__/_/___	8	__/_/___	10	__/_/___

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Yasmin de Oliveira Schelbauer

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 116393

Paciente: **YASMIN DE OLIVEIRA SCHELBAUER**Data Nasc.: **24/03/2010** Idade: **014.03.23**

Data: 16/05/2024 Hora: 13:09 Médico: MARIO ARMANI NETO

RETORNA PARA CONTROLE

POUCA DOR LOCAL

RX

Solicitação de Exames :

40803120 - Raio X da mão ou quirodáctilo

Policlinica Fazenda Rio Grande
Evolução Médica

Data: 17/07/2024

Pag.: 1

Ficha: 116393

Paciente: YASMIN DE OLIVEIRA SCHELBAUER

Data Nasc.: 24/03/2010 Idade: 014.03.23

Data: 16/05/2024 Hora: 14:04 Médico: RAIO X

REALIZADO RX DE MÃO DIREIRA PA + OBLIQUA (PASC) - MARCIA