

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allana Talita Machado de Avila
Nº da Carteira: 3.23.3790
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 01/06/2016

Nº da Guia: 7702

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2022	14:18:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

Antes do início das aulas a Allana estava brincando de girar com a coleguinha e torceu o punho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andressa Motta	419758-6424
Andressa Motta	419758-6424

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Associação Hospitalar Bom Jesus	Av. Dom Pedro II	108	Nova Rússia	(42) 3220-5000

Observações

Foi comunicado os pais e a aluna foi encaminhada para a Clínica Pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

GUIA DE CONSULTA

ADVENTISTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira
05/05/2025

6 - Atendimento a RI
[N]

8 - Cartão Nacional de Saúde

11 - Código CINES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Beneficiário
4 - Número da Carteira
049841055

7 - Nome
ALLANA TALITA MACHADO DE AVILA

Dados do Contratado
10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18652

9 - Código na Operadora

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SQUEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)
[9]

19 - Tipo de Consulta
4

18 - Data do Atendimento
05/09/2022 00:00

23 - Observação / Justificativa

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

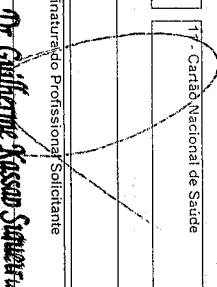
22 - Valor do Procedimento
100,00

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24 - Assinatura do Profissional Executor

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 05/09/2022	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 049841055	9 - Validade da Carteira 05/05/2025
10 - Nome ALLANA TALITA MACHADO DE AVILA	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN [N]	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA	16 - Conselho Profissional 06
	17 - Número no Conselho 18652
	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 05/09/2022	23 - Indicação Clínica FRATURA DO RADIO DISTAL - DESCOL EPIF GI - TTO INCRUENTO	
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030720109	26 - Descrição FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA	27 - Qtd. Solic 001
28 - Qtd. Aut			
29 - Qtd. Aut			
30 - Qtd. Aut			
31 - Qtd. Aut			

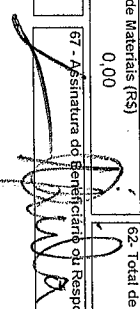
Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia
31 - Código CNES 2666988	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9
34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
36 - Data 05/09/2022	37 - Hora Inicial 15:19	38 - Hora Final a 15:19	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030720109	41 - Descrição FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA	42 - Qtd 001	43 - Via 1.00	44 - Fator Red./Acrec 153.00	45 - Valor Unitário (R\$) 153.00
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	4	5	6	7	8	9	10		
4	5	6	7	8	9	10			
5	6	7	8	9	10				

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 do Registro Profissional Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS	
54 - Código CBO	

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	4	5	6	7	8	9	10		
4	5	6	7	8	9	10			
5	6	7	8	9	10				

58 - Observação / Justificativa TATAMENTO INCRUENTO DE FRATURA DO RADIO DISTAL - CONFEÇÃO DE TALA GESSADA AB									
59 - Total de Procedimentos (R\$) 153.00	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\$) 153.00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 		

Paciente: 69158 - ALLANA TALITA MACHADO DE AVILA

Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA

Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA

Data Exame: 05/09/2022

Data de Emissão: 06/09/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Cotovelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803090 - COTOVELO

Lado(s): Esquerdo

40803112 - PUNHO

Lado(s): Esquerdo

FRATURA DESCOLAMENTO EPIFISARIO DO RADIO DISTAL


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
C.R.O. 11852

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 05/09/2022		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 049841055		9 - Validade da Carteira 05/05/2025	
10 - Nome ALLANA TALITA MACHADO DE AVILA		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18652		18 - UF PR	
19 - Código CBO /		20 - Assinatura do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA Ortopedista CRM - 18.652	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/09/2022	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0040803090	
26 - Descrição COTOVELO		27 - Qtd. Solic. 001	
28 - Qtd. Aut. 001			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CNES 2886988			
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 05/09/2022		37 - Hora Inicial 14:48	
38 - Hora Final 14:48		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803090		41 - Descrição COTOVELO	
42 - Qtd. 001		43 - Via 001	
44 - Rec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 48,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 02713099878		51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número do Conselho 18652	
54 - UF 06		55 - Código CBO 41	
56 - Valor Total 228270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 05/09/2022		3	
2 05/09/2022		4	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00			
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\$) 96,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40

Clinica Pontagrossense de Fraturas e
Ortopedias Ltda

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Carolina Schneider Alcantara

Nº da Carteirinha: 3.23.4309

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 24/07/2010

Nº da Guia: 7406

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/08/2022	09:12:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Chutou o chão e torceu o dedo	1º Dedo Pé Direito

Descrição
A aluna estava jogando futsal, chutou o chão em vez da bola e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Ricardo Dubiel	(42) 99925-6363
Orientadora Gleciene Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ricardo Dubiel	22/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
A aluna foi atendida na escola, colocamos gelo e chamamos a mãe para levá-la para o atendimento.

Ass.:

Gleciene Jansen

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
7406

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
N

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
CAROLINA SCHNEIDER ALCANTARA

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

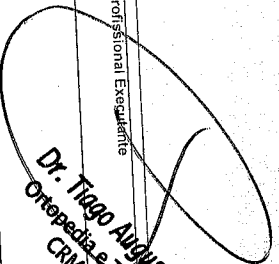
10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
2566311 - Código CNES
268698815 - UF
PR16 - Código CBO
22527012 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

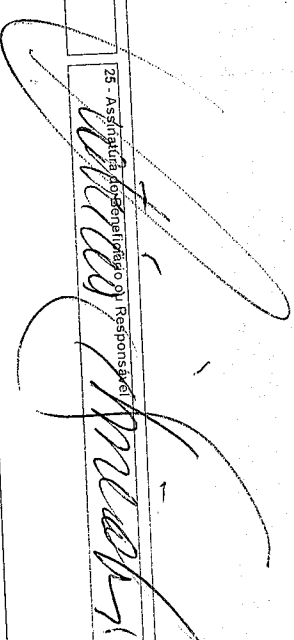
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
22/08/2022 00:0019 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100.00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

25 - Assinatura do Responsável



Paciente: 100238 - CAROLINA SCHNEIDER ALCANTARA

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 22/08/2022

Data de Emissão: 23/08/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804097 - PÉ OU PODODACTILO

Lado(s): Direito

LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

ADVERTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 22/08/2022		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome CAROLINA SCHNEIDER ALCANTARA	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 7406		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Solicitante				13 - Código na Operadora 80242746000140			
14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA				15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI			
16 - Conselho Profissional 06				17 - Número no Conselho 25663			
18 - UF PR				19 - Código CBO			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Tiago Augusto Colferai</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 25663				21 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 22/08/2022				23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22				25 - Código do Procedimento 0040804097			
26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO				27 - Qtd. Solic. 001			
28 - Qtd. Aut.				31 - Código CNEB 2686988			
Dados do Contratado Executante				29 - Código na Operadora 80242746000140			
30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA				32 - Tipo de Atendimento 05			
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				42 - Qtd. 001			
43 - Via				44 - Tec.			
45 - Fator Red./Acresc.				46 - Valor Unitário (R\$) 48,00			
47 - Valor Total (R\$) 48,00				48 - Seq. Ref. 1			
49 - Grau Part. 12				50 - Código na Operadora/CPF 05136246944			
51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI				52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 25663				54 - UF 41			
55 - Código CBO 229270				56 - Assinatura do Contratado			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00				60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00				62 - Total de OPMs (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00				64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00				66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Francisco Kenji Andrade Sato

Nº da Carteirinha: 3.23.3760

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 22/08/2013

Nº da Guia: 7663

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2022	10:13:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante o intervalo das aulas para a oficina de futsal, o colega jogou a bola e bateu no dedo do Francisco.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	429921-7636
Ricardo Dubiel	429921-7636

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduino Taques	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações

O aluno foi encaminhado para a Clínica Pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

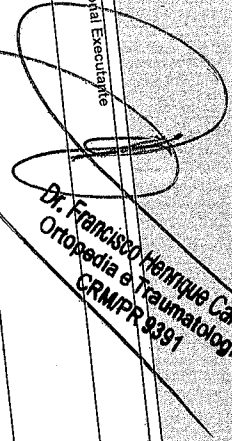
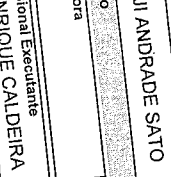
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
7663

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
5 - Validade da Carteira 12/12/2025	6 - Atendimento a RN [N]
8 - Cartão Nacional de Saúde	
4 - Dados do Beneficiário Número da Carteira 3233760	
7 - Nome FRANCISCO KENJI ANDRADE SATO	11 - Código CNES 2686988
Dados do Contratado 10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.	15 - UF PR
9 - Código na Operadora 13 - Conselho Profissional 6	16 - Código CBO 225270
12 - Nome do Profissional Executante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado 17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	21 - Valor do Procedimento 100,00
18 - Data do Atendimento 02/09/2022 00:00	22 - Tabela 22
19 - Tipo de Consulta 1	
23 - Observação / Justificativa	
24 - Assinatura do Profissional Executante  Dr. Francisco Henrique Caldeira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 9391	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/09/2022		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233760		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome FRANCISCO KENJI ANDRADE SATO			
11 - Cartão Nacional de Saúde			
12 - Atendimento a RN [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 9391		18 - UF PR	
19 - Código CBO 226270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 02/09/2022		23 - Indicação Clínica ENTORSE DE QUARTO DDO	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030711010		26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
27 - Qtd. Sêric 001		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CUES 2686988			
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 02/09/2022		37 - Hora Inicial 10:54	
38 - Hora Final 10:54		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030711010		41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 8,00		45 - Fator Red./Acresc. 8,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 8,00		47 - Valor Total (R\$) 8,00	
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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /			
58 - Observação / Justificativa ENTORSE DE QUARTO DEDO, TALA DE ALUMINIO.			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 8,00		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 Médicinas (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 8,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

VIDE VERSO

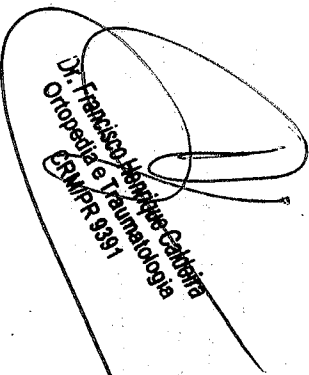
Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedista e Traumatologista
CRM/R 35511

Paciente: 100407 - FRANCISCO KENJI ANDRADE SATO
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 02/09/2022
Data de Emissão: 05/09/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS= SLO
Lado(s): Esquerdo



Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 9391

**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 - Semina	6 - Data de Validade da Semina	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
02/09/2022			

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	

Dados do Solicitante	32331/BU	12/12/2025	FRANCISCO KENU ANDRADE SATO	IN	12/12/2025
----------------------	----------	------------	-----------------------------	----	------------

13 - Código na Operadora	80242746000140
14 - Nome do Contratado	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

10 - Conselho Provincial	06
11 - Número do Conselho	9391
18 - UF	PR
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	Francisco Henrique Caldeira

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	02/09/2022	

D^o OTORRINO
 CHMP 9391

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Sólido	28 - Qtd. Aut.
22	00040803120	MÃO OU QUIRODACTÍLOS		

5 Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	80242746000140
30 - Nome do Contratado	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia
31 - Código CINES	00000000

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
	27	28	29	30	31
36. Data	Uma vez	Um dia	Dois dias	Três dias	Quatro dias

[illegible]

4

3

2

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

1	12	35343435904	FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
				06	9391	41	225270

Clinica Polivalente
Fraturas e Ortopedias Ltda

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

1	02/09/2022	3	/	/	5	/	/	7	/	/
---	------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CNPJ 06.726.710/0001-90

PATRAMENTO CONTAS MEDICAS

8	/	/	9	/	/
---	---	---	---	---	---

[illegible]

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Honorários (R\$)	62 - Total de Custos (R\$)	63 - Total de Despesas (R\$)	64 - Total de Provedores (R\$)
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Assinatura do Responsável pela Autorização	6% Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5% Assinatura do Prestador
70,00	0,00	0,00
0,00	0,00	48,00

VIDEVS



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Laura Vethke dos Santos</u>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Escola Adventista de Ponta Grossa</u>		TELEFONE: <u>3224-9142</u>
ENDEREÇO:		CIDADE: <u>Ponta Grossa</u> UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>05/08/2022</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHÔ ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☒ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>17:00</u>		
LOCAL ONDE OCORREU: <u>Colégio</u>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <u>Ela se bateu com o colega e machucou o dedo</u>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: <u>Professores e colegas</u>		
NOME:		TELEFONE:
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <u>Professores</u>		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <u>05/08/2022</u>		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <u>Dr. Francisco Caldera - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia</u>		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM A AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.)

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

7123

5 - Validade da Carteira

12/12/2023

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LAURA GEHRKE DOS SANTOS

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

18891

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

10/08/2022 00:00

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 18891

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

X *Flamiane Pedro Gehrke dos Santos*

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO:

Laura Gutierrez dos Santos

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

ENDEREÇO:

Escola Adventista de Ponta Grossa

Nº DA MATRÍCULA:

TELEFONE:

3224-9142

CIDADE:

Ponta Grossa

UF:

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

31/08/2022

NATUREZA DO ACIDENTE:

- ☐ ATROPELAMENTO
☐ BRIGA
☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO
☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA
☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO
☐ CORPO ESTRANHO
☐ QUEIMADURA
☐ QUEDA
☐ TORÇÃO
☒ TRAUMA
☐ TRAUMA COM BOLA

ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:

- ☒ ATLETISMO
☐ CAMA ELÁSTICA
☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
☒ EDUCAÇÃO FÍSICA
☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
☐ JOGO DE BASQUETE
☐ JOGO DE FUTEBOL
☐ JOGO DE HANDEBOL
☐ JOGO DE VOLEY
☐ NATAÇÃO
☐ RECREIO
☐ SALA DE AULA
☐ OUTROS
 QUAL?

HORÁRIO DO ACIDENTE:

17:00

LOCAL ONDE OCORREU:

Colégio

DESCREVA COM LETRA LEGÍVEL COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Ela se bateu com o colega e machucou o dedo

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME:

Professores e colegas

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Professores

TELEFONE:

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

05/08/2022

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

Dr. Fromaário Caldera - Clínica Pontagrossa de Fraturas e Ortopedia

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

Paciente: 100020 - LAURA GEHRKE DOS SANTOS
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 31/08/2022
Data de Emissão: 01/09/2022

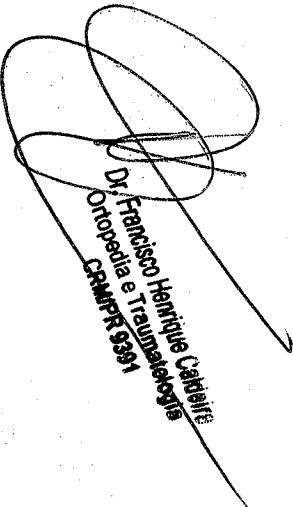
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RETIRAR GESSO

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9391

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 31/08/2022 5 - Senha

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 7123 9 - Validade da Carteira 12/12/2023

10 - Nome LAURA GEHRKE DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 9391 18 - UF PR 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 31/08/2022 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	0040803120 MÃO OU QUIRODACTILOS	08	
2				
3				
4				
5				

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9391

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia 31 - Código CIES 2686988

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

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 Real/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	31/08/2022	09:49	a	22	0040803120 MÃO OU QUIRODACTILOS	001				1,00	48,00
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 35343435904 51 - Nome do Profissional FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 9391 54 - UF 41 55 - Código CBO 225270

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

1	31/08/2022	3	1	5	1	7	1
2	1	4	1	6	1	8	1

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00 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\$) 48,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Gonçalves de Oliveira
Nº da Carteira: 3.23.4508
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 7284

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/08/2022	11:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto, Joelho Direito, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava praticando a aula de Educação Física quando foi correr e tropeçou no próprio pé, caiu batendo o queixo, o joelho direito e o dedo mínimo da mão direita no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	(42) 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Ricardo Dubiel	16/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações

A aluna estava praticando a aula de Educação Física quando ao correr tropeçou no próprio pé caiu no chão batendo o queixo, joelho direito e o dedo mínimo da mão direita.

Ass.:

Kelly Christopher Alves

Simone Ribas Schrott

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
7284

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Atendimento a RN
[N]

8 - Cartão Nacional de Saúde

1 - Registro ANS
000000

5 - Validade da Carteira

4 - Número da Carteira

7 - Nome
LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES
2686988

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18652

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
130,00

18 - Data do Atendimento
18/08/2022 00:00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

26 - Assinatura do Profissional Executante

27 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

28 - Assinatura do Profissional Executante

29 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

30 - Assinatura do Profissional Executante

31 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

32 - Assinatura do Profissional Executante

33 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

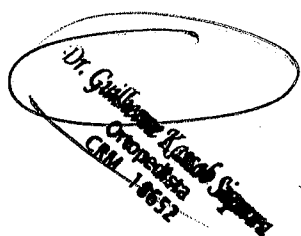
34 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 100211 - LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 18/08/2022
Data de Emissão: 06/09/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Direito - AXIAL
40804062 - JOELHO
Lado(s): Direito
sem lesões ósseas evidentes ao método


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM 18652

ADVENTISTA

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	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 18/08/2022	5 - Senha	10 - Nome LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA	12 - Atendimento a RN [N]
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira		
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	11 - Cartão Nacional de Saúde	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA			
16 - Conselho Profissional 06			
17 - Número no Conselho 18652			
18 - UF PR			
19 - Código CBO			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Guilherme K. Siqueira CRM 18652			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 18/08/2022	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela			
1 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	27 - Qtd. Solic. 001
2 22	0040804062	JOELHO - AXIAL	28 - Qtd. Aut. 001
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
9			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 18/08/2022	37 - Hora Inicial 19:10	38 - Hora Final 19:10	39 - Tabela 22
1 18/08/2022	19:10	a	22
2 18/08/2022	19:10	a	19:10
3		a	22
4		a	0040804062
5		a	JOELHO - AXIAL
42 - Qtd. 001			
43 - Via 001			
44 - Tec. 001			
45 - Fator Red./Acresc. 1,00			
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00			
47 - Valor Total (R\$) 48,00			
72,00			
72,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 02713099978	51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA
2	12	02713099978	GUILHERME K. SIQUEIRA
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 18652			
54 - UF 41			
55 - Código CBO 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 18/08/2022			
2 18/08/2022			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 120,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPMs (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 120,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Matheus Ul. Freitas Brandt</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista de Ponta Grossa</i>		TELEFONE: <i>3224-9142</i>	
ENDEREÇO:		CIDADE: <i>Ponta Grossa</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>12/08/22</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORA DO ACIDENTE:			
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE:	
NOME:			
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM A AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
12/08/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
7124

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
MATHEUS WARLEN FREITAS BRANT

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
9391

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
12/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030711037

26 - Descrição
TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2686988

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

36 - Data
12/08/2022

37 - Hora Inicial
10:21

38 - Hora Final
10:21

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711037

41 - Descrição
TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR

42 - Qtd.
001

43 - Via
1,00

44 - Rec.
10,00

45 - Fator Red./Acresc.
10,00

46 - Valor Unitário (R\$)
10,00

47 - Valor Total (R\$)
10,00

Dados do Atendimento

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Profissional

54 - UF

55 - Código CBO

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

58 - Co. Situação / Justificativa
TROCA DE GESSO POR TALA GESSADA + RX

59 - Total de Procedimentos (R\$)
10,00

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
10,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

52 - Conselho Profissional
53 - Número do Profissional
54 - UF
55 - Código CBO

CLINICA PONTAGROSSENSE DE
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

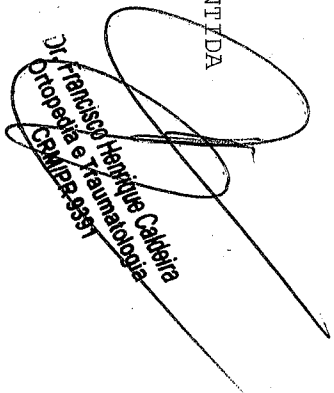
VIDE VERSO

Paciente: 100021 - MATHEUS WARLEN FREITAS BRANT
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 12/08/2022
Data de Emissão: 06/09/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS= CONTROLE . REDUÇÃO MANTIDA
Lado(s) : Esquerdo.



Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-9391

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
12/08/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
7124

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
MATHEUS WARLEN FREITAS BRANT

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
9391

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
12/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Assinatura do Profissional Solicitante
Francisco Henrique Calderia
CRM PR 9391

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2666988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
12/08/2022

37 - Hora Inicial
09:47

38 - Hora Final
09:47

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

42 - Qtd
001

43 - Via
1,00

44 - Tec.
48,00

45 - Fator Red./Acresc.
48,00

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

47 - Valor Total (R\$)
48,00

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

48 - Seq. Ref.
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
35343435904

51 - Nome do Profissional
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
9391

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 12/08/2022

3

5

7

8

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
48,00

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\$)
48,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Meheus Ul. Freitas Brandt</i>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista de Ponta Grossa</i>		TELEFONE: <i>3224-9142</i>
ENDEREÇO:		CIDADE: <i>Ponta Grossa</i> UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>19/08/22</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL? ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:	LOCAL ONDE OCORREU:	
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME:	TELEFONE:	
NOME:	TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

ESTE FORMULÁRIO DEVEIA SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM A AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorinho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 19/08/2022 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 7124 9 - Validade da Carteira 12/12/2025 10 - Nome MATTHEUS WARLEN FREITAS BRANT 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 9391 18 - UF PR 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira de Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 19/08/2022 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030711010 26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 27 - Cidade GRAU PR 9391 28 - Cidade, Aut. 001

29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 31 - Código CNES 2686988

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 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	19/08/2022	08:59	2	09:59	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1,00	8,00	8,00
2											
3											
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 - Nome do Profissional 54 - UF 55 - Código CBO

FRATURAS E ORTOPIEDIAS LTDA
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTRA VENCAS
VIDE VERSO

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

58 - Observação / Justificativa

TRIOCA DE GESSO TIPO UVA PARA TRATAMENTO NOVA TRIOCA

59 - Total de Procedimentos (R\$) 8,00 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPIE (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 8,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável