

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rebeca Rangel Padilha França

Nº da Carteira: 3.23.4029

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 28/09/2014

Nº da Guia: 8804

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2022	15:57:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

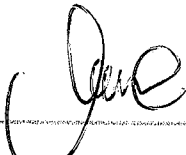
Descrição
Durante o recreio a aluna caiu e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andressa Motta	419758-6424

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
Foi comunicado a responsável sobre o ocorrido.

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

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

7 - Nome

REBECA RANGEL PADILHA FRANCA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

0000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

9391

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

31/10/2022 00:00

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Francisco Henrique Caldeira
CRM-PR 6333

Rebeca Rangel

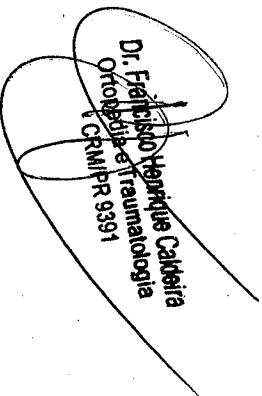
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 31/10/2022		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome REBECA RANGEL PADILHA FRANCA		12 - Atendimento 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 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 31/10/2022	
23 - Indicação Clínica		28 - Qtd. Aut. 001	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 0030728134 LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA 2 22 0030711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 3 4 5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
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	
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./Acess. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
1 31/10/2022 19:46 a 19:46 22 0030728134 LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA 001 1.00 88.00 88.00			
2 31/10/2022 19:46 a 19:46 22 0030711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO) 001 1.00 8.00 8.00			
3			
4 a a			
5 a a			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Setor 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional		53 - Assinatura do Profissional	
1 12 35343435904 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 06		Fatura e Contas Médicas	
2 12 35343435904 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 06		Fatura e Contas Médicas	
54 - Observação / Justificativa LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO TTO INCRUENTO COM IMOBILIZAÇÃO			
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 31/10/2022 3 1 1 5 1 1 7 1 1 9 1 1			
2 31/10/2022 4 1 1 6 1 1 8 1 1 10 1 1			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPI/IE (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
96.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 96.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
Francisco Henrique			

Paciente: 101183 - REBECA RANGEL PADILHA FRANCA
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 31/10/2022
Data de Emissão: 09/11/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA= SLO
Lado(s): Esquerdo
40804097 - PÉ OU PODODACTILO= SLO
Lado(s): Esquerdo


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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
31/10/2022

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
REBECA RANGEL PADILHA FRANCA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
LN

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
31/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

22
0040804097
PÉ OU PODODACTILO

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia de Aut.
CRA PR 9391

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

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 Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 31/10/2022	19:33	19:46	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001				1,00	48,00
2 31/10/2022	19:33	19:46	22	0040804097	PÉ OU PODODACTILO	001				1,00	48,00
3			2								
4			2								
5			2								

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional
1 12 35343435904 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
2 12 35343435904 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 9391 41 22270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 31/10/2022
2 31/10/2022

3	4	5	6	7	8	9	10
/	/	/	/	/	/	/	/

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 Casos 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

Francisco Henrique Caldeira

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Davi Lopes Sasso</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>19.10.2022</i>	NATUREZA DO ACIDENTE:		ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
HORÁRIO 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?		☐ 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?
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
<i>No aula de educação física, ele caiu e virou o dedo pro lado onde fraturou.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Professor educação física</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>19/10/22 (mesmo dia)</i>			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <i>Pedro Moyses</i>			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			
<i>Franciele Sasso</i>			

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

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

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO
Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO
Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO
Data Exame: 04/11/2022
Data de Emissão: 08/11/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Direito
Rx fratura com sinais de consolidação


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

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
04/11/2022

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234578

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI LOPES SASSO

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
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
18891

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
D. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CAMP 18891

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
04/11/2022

23 - Indicação Clínica
controle

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
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 Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 04/11/2022	16:51	2 16:51	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001			1,00	48,00	48,00
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
27104004807

51 - Nome do Profissional
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
18891

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 04/11/2022	3	1	1	5	1	1	7	1	1	1	1
2	1	1	1	4	1	1	6	1	1	1	8
3	1	1	1	5	1	1	7	1	1	1	1
4	1	1	1	6	1	1	8	1	1	1	1
5	1	1	1	7	1	1	9	1	1	1	1
6	1	1	1	8	1	1	10	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa

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

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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

DAVI LOPES SASSO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Lopes Sasso

Nº da Carteira: 3.23.4578

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 10/01/2013

Nº da Guia: 8557

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2022	09:24:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava jogando hóquei na aula de educação física, caiu e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 9925-6363
Gleciene Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gleciene Jansen	19/10/2022

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
O aluno foi atendido pelo professor, pelo monitor, colocamos gelo e encaminhamos para a clínica de fraturas.

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

3234578

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

LN

7 - Nome

DAVI LOPES SASSO

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 CNI

2086988

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

19/10/2022 00:00

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. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 18891

Franciele Sasso

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/10/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234578

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
DAVI LOPES SASSO

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
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
18891

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CRM/R 18891

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
19/10/2022

23 - Indicação Clínica
Fratura de base de falange proximal de 4º QDD

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030722420

26 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado, Executor

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2686988

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
19/10/2022

37 - Hora Inicial
10:21

38 - Hora Final
10:21

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030722420

41 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

42 - Qtd
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
54,00

47 - Valor Total (R\$)
54,00

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

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

54 - 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
Fratura de base de falange proximal de 4º QDD

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)
54,00

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 Passos Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
54,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 19/10/2022

Data de Emissão: 24/10/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS

Lado(s): Direito

Rx fratura de base de falange proximal sem desvio, gesso, retorno em 2 semanas.

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

**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 19/10/2022	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	3234578
9 - Validade da Carteira	.
10 - Nome	DAVILOPES SASSO
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12-Atendimento a RN	☒ N ☐

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

15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 18891	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Pedro M. S. JACINTHO
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	--

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 19/10/2022	23 - Indicação Clínica trauma
----------------------------------	--	----------------------------------

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 18891

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001	
1				
2				
3				
4				
5				

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

32-Tipo de Atendimento	05
33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	9
34- Tipo de Consulta	
35- Motivo de Encerramento do Atendimento	

[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	27104004807	PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	06	18891	PR	25270

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável						FATURAMENTO CONTAS TRILAC			
1	19/10/2022	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 OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Brasil Motta

Nº da Carteirinha: 3.23.3815

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 04/04/2010

Nº da Guia: 8568

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2022	14:25:00	Ginásio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno caiu na quadra e bateu o joelho.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Emerson Lemões Motta

429915-9809

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

O aluno foi encaminhado para atendimento na 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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

09767001798567035

5 - Validade da Carteira

31/08/2023

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ARTHUR BRASIL MOTTA

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

GUILHERME K. SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

18652

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

20/10/2022 00:00

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

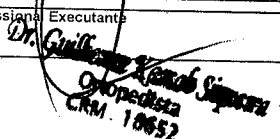
0010101012

22 - Valor do Procedimento

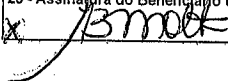
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM: 18652

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelle Pissette Bergold

Nº da Carteirinha: 3.23.3148

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 11/07/2010

Nº da Guia: 8760



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2022	09:16:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Estava jogando vôlei e quando deu um toque, virou o dedo polegar da mão direita.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ricardo Dubiel	28/10/2022

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 jogando vôlei na aula de Ed. física, virou o dedo, foi atendida pelo professor, colocou gelo e encaminhada para a Orientação Educacional. Ligamos para o responsável e encaminhamos para atendimento.

Ass.:

Gleciane 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
8760

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3233148

5 - Validade da Carteira
05/05/2025

6 - Atendimento a RV
[N]

7 - Nome
ISABELLE PISSETTE BERGOLD

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

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
28/10/2022 00:00

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. Jociel José Solieri
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 1135170

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

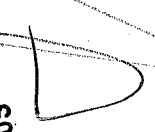
Paciente: 101135 - ISABELLE PISSETTE BERGOLD
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 28/10/2022
Data de Emissão: 01/11/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
Trauma em polegar D com dor em MF
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - polegar
Lado(s): Direito


Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 16570

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
28/10/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233148

9 - Validade da Carteira
05/05/2025

10 - Nome
ISABELLE PISSETTE BERGOLD

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
JOIEL JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16570

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante e Holograma
[Assinatura]

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
28/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

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

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\$)
28/10/2022	10:11	10:11	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001			1,00	48,00	48,00

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
69680469972

51 - Nome do Profissional
JOIEL JOSE SOLIERI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO
28270

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28/10/2022									

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 Casos Mediciniais (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