

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Arthur Brasil Mota</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3815</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE: <i>42 999159809</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Emílio de Lencastre, 1959</i>		CIDADE: <i>Ponta Grossa</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>18/10/22</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: <i>12h28min</i>	LOCAL ONDE OCORREU: <i>NA ESCOLA</i>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>MACHUCOU O JOELHO ESQUERDO AO CAIR NO</i> <i>CALA APÓS COLIDIR COM UM CALÇA.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>RICARDO DUQUEL</i>		TELEFONE:	
NOME: <i>HERBERT LINDOSO</i>		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>HERBERT LINDOSO</i>			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: <i>18/10/22</i>			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO: <i>Guilherme</i>			
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)

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
097670017985670355 - Validade da Carteira
31/08/20236 - Atendimento a RN
N7 - Nome
ARTHUR BRASIL MOTTA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1865215 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
23/11/2022 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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM: 18652

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Izadora Ferreira de Matos
Nº da Carteira: 3.23.4587
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 07/10/2013

Nº da Guia: 9256

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/11/2022	10:25:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Bola em choque com o dedo da aluna	3º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando queimada na aula de Educação Física, quando foi lançada uma bola para mesma que acabou levando o seu dedo da mão direita para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	(42) 9925-6363
Professora Coordenadora Kyoma	(42)99921-7636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Ricardo Dubiel	28/11/2022

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

Aluna estava na aula de Educação Física praticando queimada, quando um aluno remessou a bola para a mesma que acabou acertando o dedo e torcendo para trás.

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
3234567

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
IZADORA FERREIRA DE MATOS

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
9391

11 - Código CNES
2686988

15 - UF
PR

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

19 - Tipo de Consulta
1

18 - Data do Atendimento
28/11/2022 00:00

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Lorena

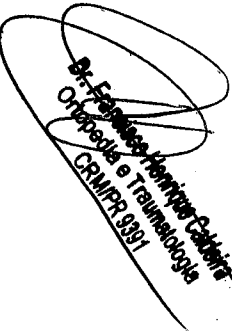
Paciente: 101524 - IZADORA FERREIRA DE MATOS
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 28/11/2022
Data de Emissão: 06/12/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS= SLO
Lado(s): Direito


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

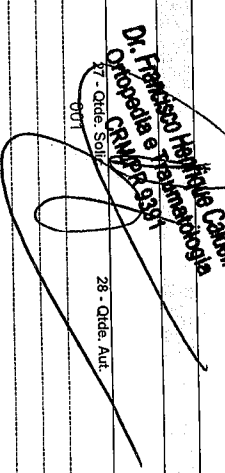
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semta	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 28/11/2022	5 - Semta		

Dados do Beneficiário	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Nome do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 3234567	9 - Validade da Carteira	
10 - Nome IZADORA FERREIRA DE MATOS		

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado
13 - Código na Operadora 80242746000140	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
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/11/2022	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS			

27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Cidade, Aut.
	
27 - Cidade, Sol.	

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 1 28/11/2022	37 - Hora Inicial 11:35	38 - Hora Final a 11:35	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS	42 - Orde 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Fed./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$) 1,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00

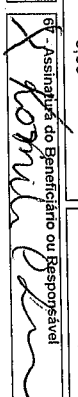
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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	35343435904	FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	06							

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 28/11/2022	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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\$)
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: João Emanuel Silva

Nº da Carteirinha: 3.23.3386

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 13/12/2012

Nº da Guia: 9163



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2022	16:24:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava brincando de Linha e quando defendeu a bola, torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jhonatan	22/11/2022

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 estava brincando de Linha e quando defendeu a bola, torceu o dedo. Foi atendido pelo monitor, colocado gelo e entramos em contato com os pais para entregar o encaminhamento 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
9163

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 3233386	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN N	

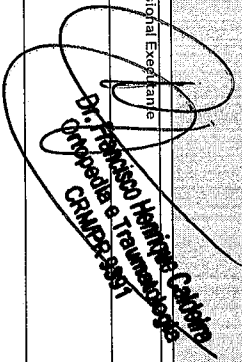
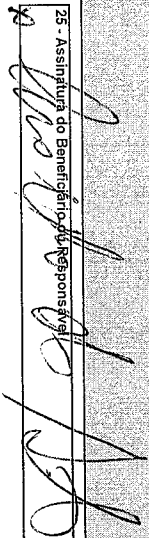
7 - Nome JOAO EMANUEL SILVA	8 - Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	------------------------------

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	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 22/11/2022 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. Francisco Henrique Caldeira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR-3851	25 - Assinatura do Beneficiário Responsável 
---	---

1

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Evolução Médica

Data: 28/11/2022

Pag.: 1

Ficha: 101457

Paciente: JOAO EMANUEL SILVA

Data Nasc.: 13/12/2012

Idade: 009.11.15

Data: 22/11/2022 Hora: 17:51

Médico: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

PLANTÃO

TRAUMA DE QUINTO DEDO DE MÃO DIR

EX. FIS= DOR E AUMENTO DE VOLUME DE IFP.

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS= FRATURA DE BASE DE FALANGE MÉDIA DE QUINTO DEDO
Lado(s): Esquerdo

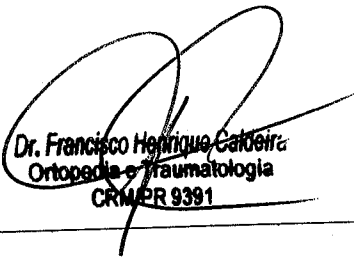
- Fraturas / luxações de falanges - redução incruent
- Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)

COND= TALA METÁLICA. REVER EM 07 DIAS.

Receituário:

Nisulid 1 cx Comprimido

=> USO Interno

Tome 01 comprimido VO
de 12 em 12 horas.

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

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

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE EPATIDAS E COLANGIO...
-----------------------------------	--

Despesas Realizadas5 - Código CNES

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 22/11/2022	17:49	17:49	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1,8									
02	22/11/2022	17:49	17:49	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m									
03	22/11/2022	17:49	17:49	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25									
04	22/11/2022	17:49	17:49	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)									
05	22/11/2022	17:49	17:49	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS									
06										
20 - Descrição	a									
07										
20 - Descrição	a									
08										
20 - Descrição	a									
09										
20 - Descrição	a									
10										
20 - Descrição	a									
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74										
24 - Total de OPME (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 86,92										

2686988

Paciente: 101457 - JOAO EMANUEL SILVA

Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Data Exame: 22/11/2022

Data de Emissão: 23/11/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS= FRATURA DE BASE DE FALANGE MÉDIA DE QUINTO DEDO

Lado(s) : Esquerdo



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

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

4 - Data da Autorização
22/11/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233386

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOAO EMANUEL SILVA

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
22/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

1
2
3
4
5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2086988

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

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 22/11/2022	17:25	2	17:25	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001		1,00	48,00	48,00
2				2							
3				2							
4				2							
5				2							

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
22/11/2022

3
11

5
11

7
11

10
11

Clinica 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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Emanuel Silva

Nº da Carteira: 3.23.3386

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 13/12/2012

Nº da Guia: 9163



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/22		Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava brincando de Linha e quando defendeu a bola, torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gleciene Jansen	(41) 99602-6430
Gleciene Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jhonatan	22/11/2022

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 estava brincando de Linha e quando defendeu a bola, torceu o dedo. Foi atendido pelo monitor, colocado gelo e entramos em contato com os pais para entregar o encaminhamento para 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

Impresso por: Gleciene Jansen

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
01/12/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233386

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOAO EMANUEL SILVA

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

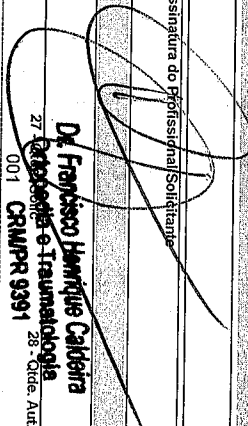
22 - Data da Solicitação
01/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)


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

27 - Cidade e Estado
001

28 - Cidade, 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
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 01/12/2022	37 - Hora Inicial 10:58	38 - Hora Final a 10:58	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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

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

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

52 - Conselho Profissional
53 - UF
54 - Nome do Profissional

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

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

9 - Total de Procedimentos (R\$)
8.00

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

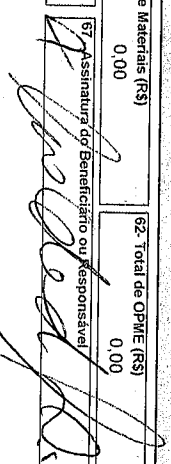
62 - Total de OPIE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
8.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada
----------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Esecodante

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
-----------------------------------	--

Despesas Realizadas

5 - Código CNES 2886988

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./Acreso	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	03	01/12/2022	10:58	a	19	70034664	2,00	36	1	9,12
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	03	01/12/2022	10:58	a	19	70034389	2,00	36	1	19,95
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	03	01/12/2022	10:58	a	19	70861919	1,00	36	1	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	03	01/12/2022	10:58	a	19	70856205	1,00	36	1	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	07	01/12/2022	10:58	a	18	60000465	1,00	36	1	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
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 OPMs (R\$)										
25 - Total de Taxas e Aluguéis										
26 - Total de Diárias (R\$)										
27 - Total Geral (R\$)										



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Valente Kulka

Nº da Carteira: 3.23.4663

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 06/04/2011

Nº da Guia: 9275

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2022	09:52:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição
O aluno estava brincando de bola no ginásio, na hora do recreio e torceu o pulso, quando foi defender a bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Felipe	29/11/2022

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 estava brincando de bola no ginásio, na hora do recreio e torceu o pulso, quando foi defender a bola.

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

Impresso por: Gleciane Jansen

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
3234663

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CEO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
29/11/2022 00:00

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Fratura antebraço D

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/11/2022

5 - Senha

Dados do Beneficiário

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3234063

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

Dados do Solicitante

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
29/11/2022

23 - Indicação Clínica
Fratura do antebraço D

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
0030720109

26 - Descrição
FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRAÇO - REDUÇÃO INCRUENTA

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.
001

Dados do Contratado - Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

Dados do Atendimento

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

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 - Tsc.	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
29/11/2022	10:45	10:45	22	0030720109	FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRAÇO - REDUÇÃO INCRUENTA	001		1,00		153,00	153,00
29/11/2022	10:45	10:45	22	0030712017	GESSO - AXILIO-PALMAR	001		1,00		20,00	20,00
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

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopédias Ltda
CNPJ 80.242.746/000140
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho

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

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Observação / Justificativa
Não conservado

58 - Total de Procedimentos (R\$)
173,00

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

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
173,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

[illegible]

3 - Coalgo CINES
26866988

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 29/11/2022	10:45	10:45	a	10:45	19	70034664	3,00	36	1	9,12	27,36			
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18															
02	03	29/11/2022	10:45	a	10:45	19	70862001	1,00	36	1	4,72	4,72			
20 - Descrição MALHA TUBULAR 04x25 (1 metro)															
03	03	29/11/2022	10:45	a	10:45	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14			
20 - Descrição LUVAS PROCEDIMENTO G															
04	03	29/11/2022	10:45	a	10:45	19	70034583	4,00	36	1	20,36	81,44			
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10X03															
05	03	29/11/2022	10:45	a	10:45	19	70856591	1,00	36	1	16,95	16,95			
20 - Descrição CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC															
06	07	29/11/2022	10:45	a	10:45	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18			
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS															
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 0,00															
23 - Total de Materiais (R\$) 131,61															
24 - Total de OPME (R\$) 0,00															
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18															
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00															
27 - Total Geral (R\$) 154,79															

Paciente: 101539 - PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 29/11/2022

Data de Emissão: 06/12/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

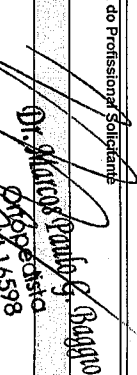
LAUDO DO EXAME:

RX - fratura galho verde sem desvio diáfise distal do rádio
40803104 - ANTEBRAÇO
Lado(s): Direito

Dr. Marcos Paulo G.
Ortopedia
CRM 16

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

2 - N° 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 29/11/2022		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira 3234663			
Dados do Solicitante				9 - Validade da Carteira			
13 - Código na Operadora 80242746000140				14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598	
18 - UF PR				19 - Código CBO			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 							
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/11/2022		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803104		26 - Descrição ANTEBRAÇO			
27 - Qtd de Solic		28 - Qtd de Aut					
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CINES 2666968			
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 29/11/2022		37 - Hora Inicial 10:30		38 - Hora Final 10:30		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803104		41 - Descrição ANTEBRAÇO		42 - Qtd 001		43 - Via 1.00	
44 - Tec. 48.00		45 - Valor Unitário (R\$) 48.00		46 - 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 92691510930		51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Nome do Profissional CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIAS LTDA		54 - Valor Total (R\$) 225270		55 - Valor Total (R\$) 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 29/11/2022		3 11/11		5 11/11		7 11/11	
2 11/11		4 11/11		6 11/11		8 11/11	
9 11/11		10 11/11		11 11/11		12 11/11	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00		60 - Total de Taxas e Abundâncias (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 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							