

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Gehrke dos Santos/
Nº da Carteirinha: 3.23.3806
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 28/12/2015 **Nº da Guia:** 7123

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2022	16:20:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula de Educação Física a aluna estava correndo e esbarrou o dedo na colega e torceu.

Testemunha da ocorrência

Elisangela Kociuba

Telefone

(42) 99868-1878

Quem prestou primeiros socorros

Elisangela Kociuba

Data

05/08/2022

Local de atendimento

Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia

Endereço

Rua Balduino Taques

Nº Bairro

159 Contorno

Telefone

(42) 3225-2252
(42) 3026-1522

Observações

Foi comunicado a mãe que poderá levar a aluna 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:

Link: www.clinicaadventista.org.br (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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
71235 - Validade da Carteira
12/12/20236 - Atendimento a RN
[N]7 - Nome
LAURA GEHRKE DOS SANTOS

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.12 - Nome do Profissional Executante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
939111 - Código CNES
208698816 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[9]18 - Data do Atendimento
05/08/2022 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

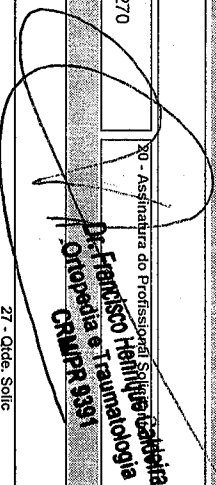
Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9391

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Francisco Henrique Caldeira

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

ADVENTISTA

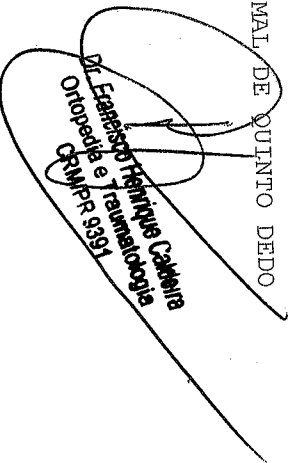
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 05/08/2022		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				8 - Nome do Beneficiário 7123		9 - Validade da Carteira 12/12/2023	
10 - Nome LAURA GEHRKE DOS SANTOS				11 - Cartão Nacional de Saúde			
12 - Atendimento a RV [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  Dr. Francisco Henrique Caldeira Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 9391					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/08/2022		23 - Indicação Clínica FRATURA DE MÃO			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 0030722420		26 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT		27 - Qtd. Solic. 001	
2		0030712092		GESSO - LUVA		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 ORTOPIEDIA		31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento							
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 05/08/2022		37 - Hora Inicial 17:46		38 - Hora Final 17:46		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030722420		41 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT		42 - Qtd. 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 001		45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 20,00		47 - Valor Total (R\$) 20,00	
48 - Seq./Rel 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /	
58 - Observação / Justificativa FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE QUINTO DEDO. GESSO-LUVA							
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopédias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTRA MÉDICAS							
59 - Total 2ª Procedimentos (R\$) 74,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPIUE (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 74,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
				68 - Assinatura do Contratado			

Paciente: 100020 - LAURA GEHRKE DOS SANTOS
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 05/08/2022
Data de Emissão: 09/08/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS= FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE QUINTO DEDO
DIR
Lado(s): Direito


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 39361

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 05/08/2022		5 - Sanita	
6 - Data de Validade da Sanita		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		12 - Atendimento a RUI [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 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/08/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Assinatura do Profissional Solicitante	
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) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 05/08/2022		37 - Hora Inicial 17:38	
38 - Hora Final 17:38		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./Acrese 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 05/08/2022		3 11	
2 11		4 11	
5 11		6 11	
7 11		8 11	
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 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana Machado de Oliveira

Nº da Carteira: 3.23.4582

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 30/05/2012

Nº da Guia: 7127



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2022	10:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

Aluna estava praticando a aula de Educação Física, quando escorregou e bateu o cotovelo no chão

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo Dubiel

Telefone

(42) 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Professor Ricardo Dubiel

Data

08/08/2022

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

Aluna apresenta dor no cotovelo esquerdo, porém não aparenta ter quebrado, mais é necessário fazer o Raio-X para comprovar.

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:

(para prestadores) ou E-mail: ama@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
0000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

11 - Código CNES
0

7 - Nome
MARIANA MACHADO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado

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

9 - Código na Operadora

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25175

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

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
100,00

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

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

D. Danilo L. Gubert Jr.

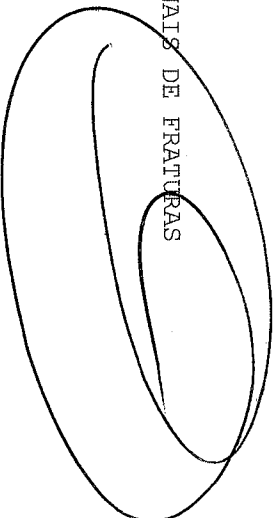
Paciente: 100032 - MARIANA MACHADO DE OLIVEIRA
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 08/08/2022
Data de Emissão: 09/08/2022

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803090 - COTOVELO SEM SINAIS DE FRATURAS



ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 08/08/2022	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora	
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
10 - Nome MARIANA MACHADO DE OLIVEIRA	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a R/N [N]	
Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 25175	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 08/08/2022
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22
25 - Código do Procedimento 0040803090	26 - Descrição COTOVELO
27 - Ordem Aut.	28 - Ordem Aut.
Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
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 08/08/2022	37 - Hora Inicial 10:58
38 - Hora Final 10:58	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0040803090	41 - Descrição COTOVELO
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 00484351982	51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25175
54 - UF PR	55 - Código CBO 001
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 08/08/2022	3 11/11
2 11/11	4 11/11
5 11/11	6 11/11
7 11/11	8 11/11
9 11/11	10 11/11
59 - 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 Médicinas (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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Warlen Freitas Brant

Nº da Carteirinha: 3.23.4612

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 07/07/2016

Nº da Guia: 7124

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2022	16:48:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante o recreio o aluno estava brincando com a bola e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Ingrid Danilenko

Telefone

(42) 99868-1878

Quem prestou primeiros socorros

Débora Zawolski

Data

05/08/2022

Local de atendimento

Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia

Endereço

Rua Balduino Taques

Nº Bairro

159
9 Contorno

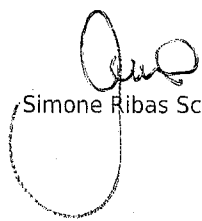
Telefone

(42) 3225-2252
(42) 3026-1522

Observações

Avisamos a mãe e foi solicitado que levasse o aluno para atendimento médico na Clínica de Fraturas.

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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
71245 - Validade da Carteira
12/12/20256 - Atendimento a RN
LN

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
MATHEUS WARLEN FREITAS BRANT

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
939111 - Código CNES
288698815 - UF
PR16 - Código CBO
22527012 - Nome do Profissional Executante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
05/08/2022 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. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RP 9391

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Francisco Brant

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
05/08/2022

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Attribuido 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 RM
[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 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
05/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0030729149

26 - Descrição
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.
001

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CBO

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
05/08/2022

37 - Hora Inicial
18:24

38 - Hora Final
18:24

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030729149

41 - Descrição
FRATURA E/OU LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA

42 - Qtd.
001

43 - Via
1.00

44 - Tec.
64.00

45 - Fator Red./Acresc.
64.00

46 - Valor Unitário (R\$)
20.00

47 - Valor Total (R\$)
20.00

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

58 - Conselho Profissional

59 - Total de Procedimentos (R\$)
84.00

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\$)
84.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

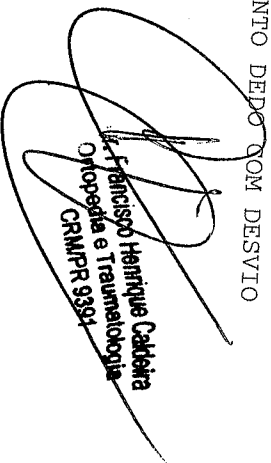
Paciente: 100021 - MATHEUS WARLEN FREITAS BRANT
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 05/08/2022
Data de Emissão: 09/08/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS= FRATURA DE BASE DE QUINTO DEDO COM DESVIO
Lado(s): Esquerdo



Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 9391

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 05/08/2022	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 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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/08/2022		23 - Indicação Clínica							

24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS							
2		3		4		5		6		7	

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		31 - Código CNES 26869988	
--------------------------------	--	--	--	---	--	------------------------------	--

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 05/08/2022		37 - Hora Inicial 17:44		38 - Hora Final 17:44		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
1		2		3		4		5		6	
3		4		5		6		7		8	
2		3		4		5		6		7	
1		2		3		4		5		6	
4		5		6		7		8		9	
3		4		5		6		7		8	
2		3		4		5		6		7	
1		2		3		4		5		6	
5		6		7		8		9		10	

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		2		3		4		5		6	
1		2		3		4		5		6	
2		3		4		5		6		7	
3		4		5		6		7		8	
4		5		6		7		8		9	
5		6		7		8		9		10	
6		7		8		9		10		11	
7		8		9		10		11		12	
8		9		10		11		12		13	
9		10		11		12		13		14	
10		11		12		13		14		15	
11		12		13		14		15		16	
12		13		14		15		16		17	
13		14		15		16		17		18	
14		15		16		17		18		19	
15		16		17		18		19		20	
16		17		18		19		20		21	
17		18		19		20		21		22	
18		19		20		21		22		23	
19		20		21		22		23		24	
20		21		22		23		24		25	
21		22		23		24		25		26	
22		23		24		25		26		27	
23		24		25		26		27		28	
24		25		26		27		28		29	
25		26		27		28		29		30	
26		27		28		29		30		31	
27		28		29		30		31		32	
28		29		30		31		32		33	
29		30		31		32		33		34	
30		31		32		33		34		35	
31		32		33		34		35		36	
32		33		34		35		36		37	
33		34		35		36		37		38	
34		35		36		37		38		39	
35		36		37		38		39		40	
36		37		38		39		40		41	
37		38		39		40		41		42	
38		39		40		41		42		43	
39		40		41		42		43		44	
40		41		42		43		44		45	
41		42		43		44		45		46	
42		43		44		45		46		47	
43		44		45		46		47		48	
44		45		46		47		48		49	
45		46		47		48		49		50	
46		47		48		49		50		51	
47		48		49		50		51		52	
48		49		50		51		52		53	
49		50		51		52		53		54	
50		51		52		53		54		55	
51		52		53		54		55		56	
52		53		54		55		56		57	
53		54		55		56		57		58	
54		55		56		57		58		59	
55		56		57		58		59		60	
56		57		58		59		60		61	
57		58		59		60		61		62	
58		59		60		61		62		63	
59		60		61		62		63		64	
60		61		62		63		64		65	
61		62		63		64		65		66	
62		63		64		65		66		67	
63		64		65		66		67		68	
64		65		66		67		68		69	
65		66		67		68		69		70	
66		67		68		69		70		71	
67		68		69		70		71		72	
68		69		70		71		72		73	
69		70		71		72		73		74	
70		71		72		73		74		75	
71		72		73		74		75		76	
72		73		74		75		76		77	
73		74		75		76		77		78	
74		75		76		77		78		79	
75		76		77		78		79		80	
76		77		78		79		80		81	
77		78		79		80		81		82	
78		79		80		81		82		83	
79		80		81		82		83		84	
80		81		82		83		84		85	
81		82		83		84		85		86	
82		83		84		85		86		87	
83		84		85		86		87		88	
84		85		86		87		88		89	
85		86		87		88		89		90	
86		87		88		89		90		91	
87		88		89		90		91		92	
88		89		90		91		92		93	
89		90		91		92		93		94	
90		91		92		93		94		95	
91		92		93		94		95		96	
92		93		94		95		96		97	
93		94		95		96		97		98	
94		95		96		97		98		99	
95		96		97		98		99		100	

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

27 - Cide, S/C
001
Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 9391