

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hadassa Nunes dos Santos

Nº da Carteirinha: 3.23.4577

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 14/09/2011

Nº da Guia: 6396



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/05/2022	09:09:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula de Educação de Física a bola de basquete bateu no dedo da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	42 9921-7636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	31/05/2022

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

Comunicamos a mãe do ocorrido e ela optou em levar a aluna para atendimento na clinica pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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

[N]

7 - Nome

HADASSA NUNES DOS SANTOS

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16570

11 - Código CNES

0

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

31/05/2022 00:00

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

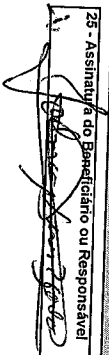
22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

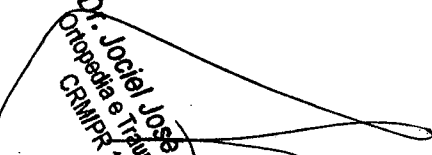
Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RP 16570

Paciente: 99133 - HADASSA NUNES DOS SANTOS
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 31/05/2022
Data de Emissão: 01/06/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
31/05/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HADASSA NUNES DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOciel JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16570

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
31/05/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16570
001

28 - Cide. Aut.

Dados do Contratado Executante

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 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 31/05/2022	09:37	a	09:37	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS				48,00	48,00

2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CPF
69680469972

51 - Nome do Profissional
JOciel JOSE SOLIERI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Nome do Profissional
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
16570
CNPJ 80.242.746/0001-40
PACOTAMENTO CONTAS MÉDICAS

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

1 31/05/2022		3	1	1		5	1	1		7	1	1		9	1	1		10	1	1	
2	1	1				4	1	1		6	1	1		8	1	1					

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 Médicos (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: Kamily Borges de Moraes

Nº da Carteirinha: 3.23.3405

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 05/09/2009

Nº da Guia: 6344



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2022	08:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
Durante a aula de Educação Física a aluna chocou-se com uma colega, caiu e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	(42) 99921-7636
Professor Ricardo Dubiel	(42) 99921-7636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Ricardo Dubiel	26/05/2022

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

Observações
A aluna foi atendida na escola e encaminhada para avaliação na Clínica Pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 Attribuído pela Operadora
----------------------------	--

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

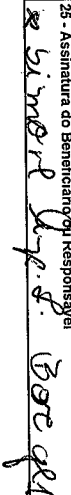
7 - Nome KAMILLY BORGES DE MORAES	8 - Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------------	------------------------------

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
12 - Nome do Profissional Executante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	13 - Conselho Profissional 6
	14 - Número no Conselho 25175
	11 - Código CNES 0
	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 26/05/2022 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 Expediente 	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 
--	--

ADVENTISTA

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

1 - Registro AINS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
26/05/2022

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KAMILY BORGES DE MORAES

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

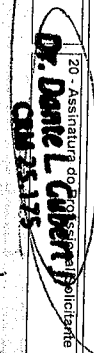
15 - Nome do Profissional Solicitante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25175

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Daniel L. Gubert Junior
CRM 35.175

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
26/05/2022

23 - Indicação Clínica
FRATURA DA BASE DO 5º MTT SEM DESVIO

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030729165

26 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
0000000

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

32 - Tipo de Atendimento
04

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
26/05/2022

37 - Hora Inicial
10:11

38 - Hora Final
10:11

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030729165

41 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA

42 - Qtd
001

43 - Via
1.00

44 - Tec
54,00

45 - Fator Red./Acrsc
54,00

46 - Valor Unitário (R\$)
54,00

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

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 OPMs (R\$)
0,00

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

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

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

66 - Assinatura do Contratado

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

259 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

260 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

261 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

262 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

263 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

264 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

265 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

266 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

267 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

268 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

269 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

270 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

271 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

272 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

273 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

274 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



CLÍNICA PONTAGROSSENSE
DE FRATURAS E ORTOPEDIA

KAMIL Y BORGES DE MORAES

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
CRM 2919 / TEOT 4023
Cirurgia do Joelho, Artroscopia e
Traumatologia do Esporte, Fisioterapia

Dr. Francisco Henrique Caldeira
CRM 9391 / TEOT 3995
Cirurgia da Coluna Vertebral

Dr. Carlos Cezar Wozniak
CRM 10145 / TEOT 4457
Cirurgia do Quadril

Dr. Claudio Mattos
CRM 16878 / TEOT 8506
Cirurgia da Coluna Vertebral

Dr. Guilherme Kassab Siqueira
CRM 18652 / TEOT 9489
Cirurgia do Joelho, Artroscopia,
e Traumatologia do Esporte

Dr. Marcos Paulo Gomes Baggio
CRM 16598 / TEOT 8396
Cirurgia da Mão

Dr. Pedro Moyses Soares Jacintho
CRM 18891 / TEOT 9410
Cirurgia de Ombro, Artroscopia

Dr. Dante Luiz Gubert Jr
CRM 25175 / TEOT 10214
Cirurgia do Pé e Tornozelo,
Artroscopia

Dr. Jociel José Solieri
CRM 16570 / TEOT 8033
Cirurgia da Mão

Dr. Tiago Augusto Colferai
CRM 25663 / TEOT 13591
Cirurgia de Ombro e Cotovelo,
Artroscopia

FRATURA DA BASE DO 5.º MTT SEM DESVIO

- 1- PACIENTE EM DDH
- 2- INSTALADA MALHA TUBULAR E ALGODÃO
- 3- CONFECÇÃO DE GESSO BOTA
- 4- PERFUSÃO OK

Dr. Dante Luiz Gubert Jr
CRM-PR 25175
RIOPEDIE E TRAUMATOLOGIA

PONTA GROSSA, 26 de maio de 2022

DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
CRM25175

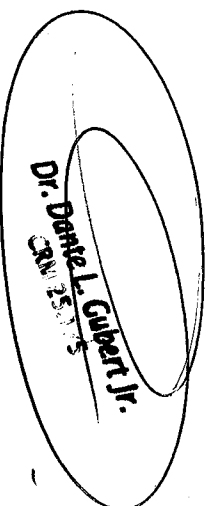
Paciente: 99076 - KAMILY BORGES DE MORAES
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 26/05/2022
Data de Emissão: 31/05/2022

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU PODODACTILO AP E O FRATURA DA BASE DO
5º MTT SEM DESVIO


Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25075

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semta	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV [N]
4 - Data da Autorização 26/05/2022	5 - Semta	8 - Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome KAMIL Y BORGES DE MORAES	
8 - Número da Carteira		13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25175	18 - UF PR	19 - Código GBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 26/05/2022	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804097	26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	27 - Origem Solicitante DR. DANTE L. GUBERT JR. CRM 25.115
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	31 - Código CNES 0000000	32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 26/05/2022	37 - Hora Inicial 09:58	38 - Hora Final 09:58	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040804097
41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	42 - Cidade 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00
47 - Valor Total (R\$) 48,00	48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 00484351982	51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	52 - Conselho Profissional 06
53 - Número no Conselho 06	54 - UF	55 - Código CBO 225270	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 26/05/2022	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 Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 48,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável X Carmem L. S. F. Borges	68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Caio Eduardo Moura Jansen

Nº da Carteira: 3.23.4367

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 29/03/2018

Nº da Guia: 6407



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2022	17:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	1º Dedo Pé Direito

Descrição
Durante a aula de Educação Física o aluno chocou-se com outro colega e bateu o dedo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elisângela Kociuba	419758-6424

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elisângela Kociuba	31/05/2022

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 mãe foi avisada do ocorrido, porém o aluno só sentiu muita dor a noite. Solicitaram a escola a guia para atendimento na clinica pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Simone Ribas Schrott

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
6407

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

8 - Cartão Nacional de Saúde

11 - Código CNES
0

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

7 - Nome
CAIO EDUARDO MOURA JANSEN

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

12 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
31/05/2022 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16570

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Juan Carlos Costa Lima

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 31/05/2022	5 - Senha		
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira 6407	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CAIO EDUARDO MOURA JANSEN	
Dados do Solicitante		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 JOIEL JOSE SOLIERI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16570	18 - UF PR
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		19 - Código CBO 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Joel Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 16570
21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 31/05/2022	23 - Indicação Clínica Fratura de 1º metatarso pé E	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0030729165	26 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA	27 - Qtd. Solic. 001
2	0030712025	GEDSO - BOTA COM OU SEM SALTO	28 - Qtd. Aut. 001
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 31/05/2022	37 - Hora Inicial 16:13	38 - Hora Final 16:13	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0030729165	41 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DO PÉ - REDUÇÃO INCRUENTA	42 - Qtd. 001	43 - Via 001
44 - Fator Red./Acresc. 1,00	45 - Valor Unitário (R\$) 54,00	46 - Valor Total (R\$) 54,00	47 - Valor Total (R\$) 54,00
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 - Observação / Justificativa Fratura de 1º metatarso pé E - TIO conservador com bota de gesso			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 74,00	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\$) 74,00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Caio Eduardo Moura Jansen			
68 - Assinatura do Contratado			

Paciente: 99145 - CAIO EDUARDO MOURA JANSEN
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 31/05/2022
Data de Emissão: 01/06/2022

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU PODODACTILO - fratura em base de 1º metatarso
Lado(s): Esquerdo

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 31/05/2022		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 6407		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome CAIO EDUARDO MOURA JANSEN		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 JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16670		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri CRM/PR 16670	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 31/05/2022	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804097	
26 - Descrição PE OU PODODACTILO		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 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 31/05/2022		37 - Hora Inicial 15:49	
38 - Hora Final 15:49		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804097		41 - Descrição PE OU PODODACTILO	
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 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número de Registro Profissional CRM/PR 16670	
54 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI		55 - Assinatura do Profissional Jociel José Solieri	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 31/05/2022		3 11	
2 11		4 11	
5 11		6 11	
7 11		8 11	
9 11		10 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 OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Médicos (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			