**MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Coordenadoria do ISS, ICMS e ITBI
VISCONDE DE TAUNAY, 950 - 84051900 - RONDA - PONTA GROSSA - PR**NFS-e Nota Fiscal de
Serviços Eletrônica**

Número: 40167

Dt. Emissão: 05/08/2019

Autenticidade: 375399994

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO ACESSANDO O SITE: <http://tributos.pontagrossa.pr.gov.br>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00026250 CNPJ/CPF: 80.242.746/0001-40 Regime Fiscal: SEM REGIME FISCAL

Nome/Razão Social: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Nome Fantasia:

Endereço:

RUA BALDUINO TAQUES, 1599 - CENTRO

Município/UF: PONTA GROSSA-PR

Fone/Fax: (42) 3225-2252

CEP:

E-Mail: adm@clinicadefraturas.com

Insc. Estadual:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal:

CNPJ/CPF:

15.116.763/0004-12

Insc. Estadual: ISENTA

Nome/Razão Social: INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO

Município/UF: CURITIBA-PR

Fone/Fax:

CEP: 80.730-070

E-Mail: jhon.coelho@adventistas.org.br

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03:

401 MEDICINA E BIOMEDICINA.

CNAE:

8630502

Competência:

8/2019

Local da Prestação do Serviço:

PONTA GROSSA-PR

Situação da NFS-e:

EMITIDA

Natureza da Operação:

EXIGÍVEL

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

Prestação de Serviços

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	Prestação de Serviços	1,00	2.491,18000	0,00	2.491,18

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	74,74000	Não
PIS	0,65000	16,19000	Sim
COFINS	3,00000	74,74000	Sim
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	1,50000	37,37000	Não
CSLL	1,00000	24,91000	Sim
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções	0,00000	0,00000	Não
		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 2.491,18	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 2.375,34	Valor Total da NFS-e: 2.491,18
------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

NFS-E Nº

40167

Recebemos de CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal

DATA: / /

Assinatura: _____

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
ADVENTISTAData de Entrega:
07/06/2019Data do Vencimento:
07/07/2019

Conta	Guia de Atendimento Código do Proced.	Dt. Atend	Matrícula	Num. Ficha	Paciente	Valor do Hospital	Serviço Profissional	Valor Total
200248	22 10101012	21/03/19	1111111111	0004963/0	AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI	64,00	100,00	164,00
200259	33 10101012	22/04/19	1111111111	0008534/6	ANNA CLARA MIRANDA LEITE	252,39	100,00	352,39
200272	36 10101012	30/04/19	2222222222	0008534/6	ANNA CLARA MIRANDA LEITE	263,21	100,00	363,21
200273	45 10101012	16/05/19	3333333333	0008534/6	ANNA CLARA MIRANDA LEITE	48,00	100,00	148,00
200252	2 10101012	09/04/19	0	0008517/3	ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ	96,00	100,00	196,00
200262	658 10101012	24/05/19	00000000000000000000	0008579/5	JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK	48,00	100,00	148,00
200250	247 10101012	03/04/19	3333333333	0008508/3	LUISA CAMILE SCHENEMANN	64,00	100,00	164,00
200254	5236 10101012	15/04/19	0037003872201	0008517/9	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	48,00	100,00	148,00
200267	777 10101012	09/05/19	0037003872201	0008517/9	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	202,79	100,00	302,79
200268	2569 10101012	22/04/19	0037003872201	0008517/9	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	202,79	100,00	302,79
200256	89 10101012	11/04/19	8888888888	0008521/0	RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES	48,00	154,00	202,00
Total de Contas: 11						1.337,18	1.154,00	2.491,18

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedia Ltda.
CNPJ 80.242.746/0001-40

Assinatura do Responsável
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

RESUMO FINANCEIRO DA FATURA: 12314

Convênio:	Data de Entrega:	Data do Vencimento:	Qtde de Contas:
ADVENTISTA	07/06/2019	07/07/2019	11
Observações:			

Receitas Hospitalares

Tipo da Receita:	Valor
Exames Raio X	608,00
Materiais Ambulatório	636,46
Taxas de Sala	92,72
TOTAL GERAL:	1.337,18

Honorários Médicos

Médico Executante:	Quantidade	Valor
CLAUDIO MATTOS		
LUISA CAMILE SCHENEMANN	1	100,00
SubTotais:	1	100,00
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA		
ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ	1	100,00
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	3	300,00
SubTotais:	4	400,00
JOCIEL JOSE SOLIERI		
AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI	1	100,00
JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK	1	100,00
RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES	1	54,00
RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES	1	100,00
SubTotais:	4	354,00
MARCOS PAULO BAGGIO		
ANNA CLARA MIRANDA LEITE	3	300,00
SubTotais:	3	300,00
TOTAL GERAL:	12	1.154,00

OK

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85083 Paciente: LUISA CAMILE SCHENEMANN Data Nascimento: 04/08/2010 Convênio: ADVENTISTA

Segurado :

Médico :
16878 - CLAUDIO MATTOS

Matricula :

Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S80.0 - Contusão do joelho

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/04/19 - 15:29

CRM Médico	CPF	Empresa					CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total	
16878 CLAUDIO MATTOS	926.554.329-91						
10101012	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00	
Consulta Em consultório (no horário normal							

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 164,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85083 Paciente: LUISA CAMILE SCHENEMANN Data Nascimento: 04/08/2010 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : Médico : 16878 - CLAUDIO MATTOS Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S80.0 - Contusão do joelho

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 03/04/19 - 15:29

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
---------------	--------	------	------	----	-----------	-------------	-----------

Exames Raio X

PERNA	40804070	1			64,00	64,00	
						64,00	
							64,00

Sub-Total Exames Raio X: 64,00

Valor Total da Conta: R\$ 64,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda.
CNPJ 80.242.746/0001-40

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN [N]	
4 - Data da Autorização 03/04/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome LUIZA CAMILE SCHENEMANN					
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante CLAUDIO MATTOS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16878	
Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante CLAUDIO MATTOS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16878		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		21 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		22 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		23 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]		24 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]	
25 - Código do Procedimento 0040804070		26 - Descrição PERNA		27 - Qtd. Solic 001		28 - Qtd. Aut.					
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988							
Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 03/04/2019		37 - Hora Inicial 15:44		38 - Hora Final 15:44		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804070	
41 - Descrição PERNA		42 - Qtd 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 64,00	
47 - Valor Total (R\$) 64,00											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 92655432991		51 - Nome do Profissional CLAUDIO MATTOS		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 16878		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total de OPME (R\$) 0,00		66 - Total de Materiais (R\$) 0,00		67 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		68 - Total Geral (R\$) 64,00	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Responsável pela Autorização		73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Paciente: 85083 - LUISA CAMILE SCHENEMANN
Médico: 16878 - CLAUDIO MATTOS
Médico Solicit.: CLAUDIO MATTOS
Data Exame: 03/04/2019
Data de Emissão: 10/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Perna ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804070 - PERNA
Lado(s): Esquerdo: slo


Dr. Cláudio Mattos
Ortopedista
CRM - 16.878



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO:

Ruiza Pamela Schenemann

DATA DA OCORRÊNCIA:

03/04/2019

DATA DO ATENDIMENTO:

03/04/2019

DIAGNÓSTICO

CÓDIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

A aluna estava jogando futebol na aula de Educação Física, quando a colega de classe chuta sua cabeça.

Trauma direto na face antero-medial da perna (E), em jogo de futebol (colega a chutou).

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☒

NÃO

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM

NÃO ☒

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

NENHUMA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

() MORTE

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

03 (três) dias

QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

03 (três) dias

HOVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

Não

OBSERVAÇÕES

Consulta
Rx perna (E) AP+P

NOME DO MÉDICO

Claudio Mattos

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

LOCAL Ponta Grossa

DATA 03/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Cláudio Mattos
Ortopedista
CRM 16878

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Fluísia Camille Schenemann		3128	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista de Ponta Grossa		14213224-9142	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Rua Pinheiros nº 500		Ponta Grossa	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
03/04/2019	() ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO (x) CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA () QUEDA () TORÇÃO () TRAUMA () TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	(x) ATLETISMO () CAMA ELÁSTICA () DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO () EDUCAÇÃO FÍSICA () GINÁSTICA OLÍMPICA () JOGO DE BASQUETE (x) JOGO DE FUTEBOL () JOGO DE HANDEBOL () JOGO DE VOLEY () NATAÇÃO () RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
14:00			
LOCAL ONDE OCORREU:			
Quadra de			
Escola			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
A aluna estava jogando futebol na aula de Educação Física, quando a colega de classe chutou sua cabeça			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Professor Ricardo		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
Professor Ricardo			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

X Magalhães Jê

OK

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 49630 Paciente: AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI Data Nascimento: 19/05/2008 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : z47.9 - Seguimento ortopédico não especificado

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 21/03/19 - 13:27

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH			Valor Total
16570 JOCIEL JOSE SOLIERI	696.804.699-72							
10101012	Clínico	100,00	1	0,00	0,000			100,00
Consulta Em consultório (no horário normal)								

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 164,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 49630	Paciente: AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI	Data Nascimento: 19/05/2008	Convênio: ADVENTISTA
-----------------------	--	--------------------------------	-------------------------

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
	16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI		

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : z47.9 - Seguimento ortopédico não especificado

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 21/03/19 - 13:27

<u>Especificação</u>	<u>Código</u>	<u>Qtde</u>	<u>Unid</u>	<u>CH</u>	<u>Val. Unit</u>	<u>Valor Total</u>	<u>Sub Total</u>
----------------------	---------------	-------------	-------------	-----------	------------------	--------------------	------------------

Exames Raio X

JOELHO 2 INC	40804054	1	64,00	64,00
				<u>64,00</u>
			<i>Sub-Total Exames Raio X:</i>	<u>64,00</u>

Valor Total da Conta: R\$ 64,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12-Atendimento a RN [N]	
4 - Data da Autorização 21/03/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		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	
13 - Código na Operadora 80242746000140						18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Jociel José Solieri</i> Ortopedista CRM - 25.175	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/03/2019		23 - Indicação Clínica		27 - Qtde. Solic. 001		28 - Qtde. Aut.	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804054		26 - Descrição JOELHO 2 INC							
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988							
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 65		33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relata-se)		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
35 - Data 21/03/2019		36 - Hora Inicial 13:32		37 - Hora Final 13:32		38 - Código do Procedimento 41 - Lesão		39 - Tabela 22		40 - Valor Unitário (R\$) 64,00	
41 - Data 21/03/2019		42 - Hora Inicial 13:32		43 - Hora Final 13:32		44 - Valor Red./Acresc. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 001		46 - Valor Total (R\$) 64,00	
47 - Seq. Ref. 1		48 - Grau Part. 12		49 - Código na Operadora/CPP 69680469972		50 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI		51 - Conselho Profissional 06		52 - Número no Conselho 16570	
53 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Assinatura do Responsável pela Autorização		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58-Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 64,00		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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

Paciente: 49630 - AMANDA CRISTINE ESPIKALISKI
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 21/03/2019
Data de Emissão: 28/06/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Joelho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804054 - JOELHO 2 INC - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO	
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE	
(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)	
NOME DO BENEFICIÁRIO	Amanda Cristine Espikalvski
DATA DA OCORRÊNCIA	21/03/19
DATA DO ATENDIMENTO	21/03/19
DIAGNÓSTICO	
CÓDIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO: 10101012 / 40804054	
DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA	
Quando usar termos técnicos no diagnóstico, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado e ao descrever lesões, citar o tipo, o local e as dimensões das mesmas para dar noção de sua gravidade.	
Queda com trauma - pulso d.	
Do é subseq. medido e pulso.	
AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?	
SIM ☒ NÃO ☐ EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?	
AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?	
SIM ☐ NÃO ☒ EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?	
CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE	
() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
() MORTE	
NENHUMA	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	
X INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA	
QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?	
15 dias	
QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?	
15 dias	
HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?	
Não	
OBSERVAÇÕES	
NOME DO MÉDICO	
ENDEREÇO CONSULTÓRIO	
CRM/CRO:	
TELEFONE:	
Dr. Jaciel José Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM 16570	
P. Grossa	
21/03/19	
LOCAL	
DATA	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Amanda Cristine Espikaliski</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3429</i>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista de Ponta Grossa.</i>		TELEFONE: <i>(41) 3224-9142</i>
ENDEREÇO: <i>RUA Tiradentes Nº 500</i>		CIDADE: <i>PONTA GROSSA</i> UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>21/03/2019</i> <i>11:00 h.</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>11:00 h.</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>QUADRA.</i>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>Estavam jogando basquete e quando foi pegar a bola a amiga caiu por cima dela.</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME: <i>Ricardo Dubiel</i>		TELEFONE: <i>99925-6363</i>
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Lauren Brasil auxiliou a levantar</i>		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

21/03/19 - Viviane Spitz

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85795 Paciente: JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK Data Nascimento: 10/06/2010 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI Matrícula : 00000000000000000000 Guia :
Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna
Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 24/05/19 - 11:17

CRM Médico

Procedimento	CPF Tipo do Ato	Empresa %	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ Valor Total
16570 JOCIEL JOSE SOLIERI 10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	696.804.699-72 Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 148,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85795 Paciente: JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK Data Nascimento: 10/06/2010 Convênio: ADVENTISTA
Segurado : JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI Matrícula : 00000000000000000000 Guia :
Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna
Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree
Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 24/05/19 - 11:17

Especificação

Exames Raio X

MÃO OU QUIRODACTILOS

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
40803120	1			48,00	48,00	
					48,00	
Sub-Total Exames Raio X:						48,00

Valor Total da Conta: R\$ 48,00

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda
Assinatura do Responsável
CNPJ 80.242.746/0001-40

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 000000000000000000000000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK				
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
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 24/05/2019	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS				
2						
3						
4						
5						
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 1 24/05/2019	37 - Hora Inicial 11:20	38 - Hora Final a 11:20	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	42 - Qtdde 001
2	a	a				43 - Via 1,00
3	a	a				44 - Tec. 48,00
4	a	a				45 - Fator Red./Acresc 10
5	a	a				46 - Valor Unitário (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 no Conselho 0	54 - UF 41
55 - Código CBO 225270						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 24/05/2019	3	4	5	6	7	8
2						
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\$) CNPI 80.242.746/0001-40						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

Clínica Pontagrossense de Fraturas e
Ortopédias Ltda.

Paciente: 85795 - JOAO VICTOR DUBIEL PYTLAK
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 24/05/2019
Data de Emissão: 29/05/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - sem lesão óssea
Lado(s): Direito


Dr. Jociel José Solieri
Ortopedista
CRM - 25.175

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO

DATA DA OCORRÊNCIA

DATA DO ATENDIMENTO:

DIAGNÓSTICO

CÓDIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E A EXTENSÃO DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE.

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☒ SIM ☐ NÃO EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☐ SIM ☒ NÃO EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

NENHUMA

() MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

HOVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriño / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

M. Paul

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO: João Victor Duval Rythel		Nº DA MATRÍCULA: 3635	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Escola Adventista de Ponta Grossa		TELEFONE: (42) 3224-9142	
ENDEREÇO: Rua Giridentos nº 500		CIDADE: Ponta Grossa	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 24/05/2019	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? Recreio	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 10:45 h			
LOCAL ONDE OCORREU: Quadra da escola			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: Ao iniciar a recreação o João Victor foi correr e encorregou e caiu e se apoiou com as mãos. Após o tombo começou a reclamar de dor.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:	Elisângela Kaciuba Garnier	TELEFONE:	9964-7794
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? Professora Elisângela			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: 24/05/2019			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85173 Paciente: ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ Data Nascimento: 16/11/2015 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : Médico : 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA Matrícula : 0 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S50.1 - Contusão de outras partes e de partes não especificadas do antebraço

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 09/04/19 - 14:56

CRM	Médico	CPF	Empresa						CNPJ
	Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor CH	Valor Total	
09391	FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	353.434.359-04							
10101012		Clínico	100,00	1	0,00	0,000		100,00	
	Consulta Em consultório (no horário normal								

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 196,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85173 Paciente: ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ Data Nascimento: 16/11/2015 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : Médico : 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA Matrícula : 0 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S50.1 - Contusão de outras partes e de partes não especificadas do antebraço

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 09/04/19 - 14:56

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
ANTEBRAÇO	40803104	1			48,00	48,00	
COTOVELO	40803090	1			48,00	48,00	
						96,00	
Sub-Total Exames Raio X:							96,00

Valor Total da Conta: R\$ 96,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADI																																																																																																													
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12-Atendimento a RN [N]																																																																																																					
4 - Data da Autorização 09/04/2019		5 - Senha		10 - Nome ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ		11 - Cartão Nacional de Saúde																																																																																																							
Dados do Beneficiário																																																																																																													
8 - Número da Carteira 0		9 - Validade da Carteira 03/12/2020		10 - Nome ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ		11 - Cartão Nacional de Saúde																																																																																																							
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 <i>Dr. Francisco Henrique Caldeira</i>		21 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Ortopedista</i>		22 - CRM - 9.391																																																																																																					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																																																																																																													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 09/04/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Caráter do Atendimento 1		25 - Data da Solicitação 09/04/2019																																																																																																					
26 - Tabela 1 22		27 - Código do Procedimento 0040803090		28 - Descrição COTOVELO		29 - Tabela 2 22		30 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
31 - Tabela 3 3		32 - Código do Procedimento 0040803104		33 - Descrição ANTEBRAÇO		34 - Tabela 4 4		35 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
36 - Tabela 5 5		37 - Código do Procedimento 0040803104		38 - Descrição ANTEBRAÇO		39 - Tabela 6 6		40 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
Dados do Contratado Executante																																																																																																													
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Tipo de Consulta 9		32 - Motivo de Encerramento do Atendimento		33 - Código CNES 2686988																																																																																																					
Dados do Atendimento																																																																																																													
32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Código CNES 2686988																																																																																																					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																																																																																																													
36 - Data 1 09/04/2019		37 - Hora Inicial 16:18		38 - Hora Final a 16:18		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803090																																																																																																					
41 - Data 2 09/04/2019		42 - Hora Inicial 16:18		43 - Hora Final a 16:18		44 - Tabela 22		45 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
46 - Data 3 3		47 - Hora Inicial a		48 - Hora Final a		49 - Tabela 4		50 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
51 - Data 5 5		52 - Hora Inicial a		53 - Hora Final a		54 - Tabela 6		55 - Código do Procedimento 0040803104																																																																																																					
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 - Seq.Ref 2		54 - Grau Part. 12		55 - Código na Operadora/CPF 35343435904		56 - Nome do Profissional FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA		57 - Conselho Profissional 06																																																																																																					
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																																																																																													
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 09/04/2019		59 - Data de Realização de Procedimentos em Série 2 09/04/2019		60 - Data de Realização de Procedimentos em Série 3 09/04/2019		61 - Data de Realização de Procedimentos em Série 4 09/04/2019		62 - Data de Realização de Procedimentos em Série 5 09/04/2019																																																																																																					
63 - Data de Realização de Procedimentos em Série 6 09/04/2019		64 - Data de Realização de Procedimentos em Série 7 09/04/2019		65 - Data de Realização de Procedimentos em Série 8 09/04/2019		66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 9 09/04/2019		67 - Data de Realização de Procedimentos em Série 10 09/04/2019																																																																																																					
58-Observação / Justificativa																																																																																																													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00										60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00										61 - Total de Materiais (R\$) 0,00										62 - Total de OPME (R\$) 0,00										63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00										64 - Total de Gases (R\$) 0,00										65 - Total de Fraturas e Ortopédias (R\$) 0,00										66 - Assinatura do Responsável pela Autorização										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										68 - Assinatura do Contratado										CNPJ 80.242.746/0001-40									

Paciente: 85173 - ARTHUR FRANCISCO DA CRUZ
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 09/04/2019
Data de Emissão: 10/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc
Cotovelo

LAUDO DO EXAME:

40803090 - COTOVELO
Lado(s): Esquerdo
40803104 - ANTEBRAÇO
Lado(s): Esquerdo

RX slo


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedista
CRM - 9.391



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO:

Arthur Francisco da Cruz

DATA DA OCORRÊNCIA:

09/04/19

DATA DO ATENDIMENTO:

09/04/19

DIAGNÓSTICO

CÓDIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 / 40803090 / 40803104

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM NÃO EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM NÃO EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

NENHUMA

() MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

HOVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

09/04/19

DATA

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM OR 9391

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO: Arthur Francisco da Cruz		Nº DA MATRÍCULA: 3873	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Escola Adventista de Ponta Grossa.		TELEFONE: 3224-9142	
ENDEREÇO: Rua Tiradentes, nº 500		CIDADE: PONTA GROSSA	UF: PR
DATA DA OCORRÊNCIA: 09/04/19	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? Parque	
HORÁRIO DO ACIDENTE: 14:00 h.	LOCAL ONDE OCORREU: SALA de AULA.		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: O aluno estava brincando no parque, caiu e quando levantou começou a chorar, dizendo que estava com dor no braço, em seguida começou a ficar pálido, suando frio e com sonolência.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Roberto André de Oliveira		TELEFONE: 999 509094	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? Roberto (professor)			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85210 Paciente: RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES Data Nascimento: 10/04/2005 Convênio: ADVENTISTA
Segurado : RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI Matrícula : Guia :
Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.9 - Seguimento ortopédico não especificado

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 11/04/19 - 13:47

CRM Médico

Procedimento	CPF Tipo do Ato	Empresa %	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ Valor Total
16570 JOCIEL JOSE SOLIERI 10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	696.804.699-72 Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00
16570 JOCIEL JOSE SOLIERI 30722420 Fraturas / luxações de falanges - redução	696.804.699-72 Cirurgião	100,00	1	0,00	0,000	54,00

Valor Total de Honorários: 154,00
Valor Total da Conta: 202,00

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85210 Paciente: RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES Data Nascimento: 10/04/2005 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.9 - Seguimento ortopédico não especificado

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 11/04/19 - 13:47

Especificação

Exames Raio X

MÃO OU QUIRODACTILOS

Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
40803120	1			48,00	48,00	
					48,00	
Sub-Total Exames Raio X:						48,00

Valor Total da Conta: R\$ 48,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização 11/04/2019													
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES							
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 <i>Dr. Jociel José Solieri</i> Ortopedista CRM - 25.175			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 11/04/2019		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qtde. Solic 001		28 - Qtde. Aut.					
2													
3													
4													
5													
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA						31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 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 11/04/2019		37 - Hora Inicial 13:50		38 - Hora Final a		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
1										42 - Qtde 001		43 - Via 001	
2										44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc 1,00	
3										46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
4													
5													
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 no Conselho 0	
										54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		1 11/04/2019		3		5		7		9			
		2		4		6		8		10			
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 de Honorários de Fraturas e Ortopedias (R\$) 0,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado				69 - CNPJ 00.242.746/0001-40	

Paciente: 85210 - RYAN GABRIEL CANDIDO GONCALVES
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 11/04/2019
Data de Emissão: 17/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - fratura em base da falange média sem desvio.
Lado(s): Direito



Dr. Jociel José Solieri
Ortopedista
CRM - 25.175

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO

Ryan Gabriel Cândido Gonçalves

DATA DA OCORRÊNCIA

11/04/19

DATA DO ATENDIMENTO:

11/04/19

DIAGNÓSTICO

CÓDIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

101010121 30722420 140803120

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE

Lesão em 3º dedo mas D com dor

e edema em interdigital proximal

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☒

NÃO ☐

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

SIM ☐

NÃO ☒

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

NENHUMA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

() MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

10 dias

QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

15 dias

HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

Não

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

11/04/19

DATA

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

Dr. paul
11/04



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Ryan Gabriel Cândido Gonçalves		2770	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista de Ponta Grossa		(42) 3224-9142	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Rua Tiradentes nº 500 - Centro		Ponta Grossa	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
11/04/2019	☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☒ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☒ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	☒ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☒ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
10:30h			
LOCAL ONDE OCORREU:			
Quadra de esportes			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
O aluno Ryan estava no horário de recreio jogando basquete e a bola bateu no dedo de mau jeito e foi colocado gelo, porém o dedo não inchou.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Muielo (monitor)		TELEFONE: 99910-88	
NOME: Amigos de sala		73	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
Muielo Nunes			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
11/04/2019			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

[Assinatura]

raçã

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 22/04/19 - 17:29

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde	Qtde. CH Valor CH Valor Total
16598 MARCOS PAULO BAGGIO	926.915.109-30		
10101012	Clínico	100,00	1 0,00 0,000 100,00
Consulta Em consultório (no horário normal			

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 354,58

352,89

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : 1111111111 Guia : 33

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 22/04/19 - 17:29

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Taxa de Sala							
TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	60000465	1			23,18	23,18	
						23,18	
						Sub-Total Taxa de Sala:	23,18

Materiais

Ambulatório

ATADURA ALGODAO 10X1.8	70034664	3	UND		9,12	27,36	
ATADURA ALGODAO 20X1.8	70034729	1	UND		12,05	12,05	
ATADURA CREPE 10X1.8	70034362	4	UND		9,12	36,48	
ATADURA GESSADA 10X03		4	UND		20,36	81,44	
CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC	70856591	1	UND		16,95	16,95	
FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)	70859205	2	UND		0,19	0,38	
LUVA PROCEDIMENTO G	70848645	2	UND		0,57	1,14	
MALHA TUBULAR 06X25 (1 metro)	70861919	1	UND		5,41	5,41	
						181,21	
						Sub-Total Materiais:	181,21

Exames Raio X

COTOVELO	40803090	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00

Valor Total da Conta: R\$ 252,39

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda.
80.242.746/0001-40
Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização 22/04/2019		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ANNA CLARA MIRANDA LEITE							
Dados do Solicitante													
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 0		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598													
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 22/04/2019		23 - Indicação Clínica TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0030711037		26 - Descrição TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR		27 - Qtde. Solic 001	
28 - Qtde. Aut.													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA										31 - Código CNES 2686988	
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data 22/04/2019		37 - Hora Inicial 18:16		38 - Hora Final 18:16		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0030711037		41 - Descrição TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR		42 - Qtde 001	
43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
						1,00		10,00					
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 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1		3		5		7		9					
2		4		6		8		10					
58 - Observação / Justificativa <i>Indicador de fratura limpa</i>													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 10,00		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\$)		64 - Total Geral (R\$) 10,00			
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598		68 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598		69 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598		70 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598		71 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Marcos Paulo Baggio</i> CRM 16598	

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12-Atendimento a RN [N]	
4 - Data da Autorização 22/04/2019		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ANNA CLARA MIRANDA LEITE							
Dados do Beneficiário													
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  Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM - 1.6.598													
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 1													
22 - Data da Solicitação 22/04/2019													
23 - Indicação Clínica													
24 - Tabela 1 22 0040803090 COTOVELO 2 22 0040803104 ANTEBRAÇO 3 4 5													
25 - Código do Procedimento 0040803090 COTOVELO 0040803104 ANTEBRAÇO													
26 - Descrição COTOVELO ANTEBRAÇO													
27 - Qtde. Solic 001 001													
28 - Qtde. Aut.													
Dados do Contratado Executante													
29 - Código na Operadora 80242746000140													
30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA													
31 - Código CNES 2686988													
Dados do Atendimento													
32 - Tipo de Atendimento 05													
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9													
34 - Tipo de Consulta													
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36 - Data 1 22/04/2019 17:51 a 17:51 22 0040803090 COTOVELO 2 22/04/2019 17:51 a 17:51 22 0040803104 ANTEBRAÇO 3 a 4 a 5 a													
37 - Hora Inicial 17:51 a 17:51													
38 - Hora Final 17:51 a 17:51													
39 - Tabela 22 0040803090 COTOVELO 22 0040803104 ANTEBRAÇO													
40 - Código do Procedimento 0040803090 COTOVELO 0040803104 ANTEBRAÇO													
41 - Descrição COTOVELO ANTEBRAÇO													
42 - Qtde 001 001													
43 - Via													
44 - Tec.													
45 - Fator Red./Acresc													
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00 48,00													
47 - Valor Total (R\$) 48,00 48,00													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Seq. Ref 1 12 92691510930 MARCOS PAULO BAGGIO 2 12 92691510930 MARCOS PAULO BAGGIO													
49 - Grau Prof. 12 92691510930													
50 - Código na Operadora/CPF 92691510930													
51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO													
52 - Conselho Profissional 06 06													
53 - Número no Conselho 0 0													
54 - UF 41 41													
55 - Código CBO 225270 225270													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 22/04/2019 3 2 22/04/2019 4													
58-Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00													
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00													
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00													
62 - Total de OPME (R\$) 0,00													
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00													
64 - Total de Gases Médicos Responsáveis de Fraturas e Ortopédias (R\$) 0,00													
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
67 - Assinatura do Contratado													
68 - Assinatura do Contratado													
CNPJ 80.242.746/0001-40													

Paciente: 85346 - ANNA CLARA MIRANDA LEITE
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 22/04/2019
Data de Emissão: 23/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc
Antebraço

LAUDO DO EXAME:

RX - Luxação anterior cabeça do rádio, sem fratura ou deformidade da ulna.

40803090 - COTOVELO
Lado(s): Esquerdo
40803104 - ANTEBRAÇO


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM - 16.598



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO

Anna Helena Miranda Leite

DATA DA OCORRÊNCIA

22/04/2019

DATA DO ATENDIMENTO

22/04/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA

QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS NO DIAGNÓSTICO, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCREVER LESÕES, CITAR O TIPO, O LOCAL E AS DIMENSÕES DAS MESMAS, PARA DAR NOÇÃO DE SUA GRAVIDADE)

Aluna estava brincando no escorregador quando chegou próximo ao chão e caiu, está sentindo dor no braço esquerdo.

luxação do ombro (E)

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☒ SIM

NÃO

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

☐ SIM

☒ NÃO

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

NENHUMA

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

☐ INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

☐ MORTE

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

QUAL O TEMPO QUE O PACIENTE NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

HAVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Jure

LOCAL

22/04/19

DATA

Dr. Marcos Paulo G. Baggio

Ortopedista

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9876

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

On Marcos

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Anna Helena Mariana Pente		3801	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista		99937-4700	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Rua Incidentes nº 500		Ponta Grossa	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
22/04	() ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO (x) CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA (x) QUEDA () TORÇÃO () TRAUMA () TRAUMA COM BOLA () OUTROS QUAL?	(x) 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 (x) RECREIO () SALA DE AULA () OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
16:40			
LOCAL ONDE OCORREU:			
Barquinho			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
Aluna estava brincando no escorregador quando chegou próximo ao chão e caiu, está sentindo dor no braço esquerdo.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Professora Izabel		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
VALOR TOTAL DAS DESPESAS: (ANEXAR A ESTE FORMULÁRIO OS COMPROVANTES DE CONTAS ORIGINAIS)			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

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

Trindade M. Penteado

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA
Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 30/04/19 - 09:09

CRM Médico

Procedimento	CPF Tipo do Ato	Empresa %	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ Valor Total
16598 MARCOS PAULO BAGGIO 10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	926.915.109-30 Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00

— Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 363,21

glosa consulta, pois é reconulta
- Troca de emobilização

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : 2222222222 Guia : 36

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 30/04/19 - 09:09

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Taxa de Sala							
TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	60000465	1			23,18	23,18	
						23,18	
						Sub-Total Taxa de Sala:	23,18

Materiais

Ambulatório

ATADURA ALGODAO 20X1.8	70034729	2	UND		12,05	24,10	
ATADURA CREPE 20X1.8	70034427	2	UND		2,77	5,54	
ATADURA GESSADA 20X04	70034613	3	UND		51,63	154,89	
FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)	70859205	5	UND		0,19	0,95	
LUVA PROCEDIMENTO G	70848645	2	UND		0,57	1,14	
MALHA TUBULAR 06X25 (1 metro)	70861919	1	UND		5,41	5,41	
						192,03	
						Sub-Total Materiais:	192,03

Exames Raio X

COTOVELO	40803090	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00

Valor Total da Conta: R\$ 263,21

Assinatura do Responsável
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
CNPJ 80.242.746/0001-40

ADVENTISTA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
30/04/2019

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANNA CLARA MIRANDA LEITE

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
8024274600014014 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
018 - UF
PR19 - Código CBO
22527020 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Marcos Paulo G. Baggio

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
122 - Data da Solicitação
30/04/201923 - Indicação Clínica
Classe de 1º Grau - no membro24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
0030711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Ortopedista
CRM 16598

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
8024274600014030 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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
30/04/2019 10:41 a 10:41 22 0030711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./A. cresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
001 1.00 8.00

1	30/04/2019	10:41	a	10:41	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1.00	8.00
2										
3										
4										
5										

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

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

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

1	11	3	11	5	11	7	11	9	11
2	11	4	11	6	11	8	11	10	11

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de Outros Custos (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
8.00 0.00 0.00 0.00 0.00 8.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

598

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 Principal4 - Data da Autorização
30/04/2019 5 - Senha

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

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira10 - Nome
ANNA CLARA MIRANDA LEITE

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 ORTOPEdia15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO 16 - Conselho Profissional
06 17 - Número no Conselho
16598 18 - UF
PR 19 - Código CBO20 - Assinatura do Profissional Solicitante


Dr. Marcos Paulo G. Baggio

Ortopedista
CRM - 16.598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1 22 - Data da Solicitação
30/04/2019 23 - Indicação Clínica24 - Tabela
22 25 - Código do Procedimento
0040803090 26 - Descrição
COTOVELO27 - Qtd. Solic.
001 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140 30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
30/04/2019 37 - Hora Inicial
10:06 a 38 - Hora Final
10:06 39 - Tabela
22 40 - Código do Procedimento
0040803090 41 - Descrição
COTOVELO 42 - Qtd
001 43 - Via
1.00 44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
48.00 47 - Valor Total (R\$)
48.001 2 3 4 5
a a a a a

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 - Número no Conselho
0 54 - UF
41 55 - Código CBO
225270

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

1 30/04/2019 3 1/1 5 1/1 7 1/1 9 1/1
2 1/1 4 1/1 6 1/1 8 1/1 10 1/1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
48.0060 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.0061 - Total de Materiais (R\$)
0.0062 - Total de OPME (R\$)
0.0063 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



68 - Assinatura do Contratado

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

Paciente: 85346 - ANNA CLARA MIRANDA LEITE
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 30/04/2019
Data de Emissão: 02/05/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

RX com tala - Luxação da cabeça radial reduzida.
40803090 - COTOVELO - com tala.


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM - 16.598

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde *Dr. Marcos*
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS			
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Anna Cláudio Miranda Leite</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
LOCAL ONDE OCORREU:	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:		
<i>> Ele caiu no escalo e machucou o braço esquerdo, daí passou por cirurgia na semana passada e hoje precisamos retornar pra ver como está o braço.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 16/05/19 - 09:10

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde Qtde. CH Valor CH	Valor Total
16598 MARCOS PAULO BAGGIO	926.915.109-30		
10101012	Clínico	100,00 1 0,00 0,000	100,00
Consulta Em consultório (no horário normal			

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 148,00

✓

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85346 Paciente: ANNA CLARA MIRANDA LEITE Data Nascimento: 28/03/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : ANNA CLARA MIRANDA LEITE Médico : 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 16/05/19 - 09:10

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
COTOVELO	40803090	1			48,00	48,00	
						48,00	
					Sub-Total Exames Raio X:		48,00
					Valor Total da Conta:		R\$ 48,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização 16/05/2019		5 - Senha		10 - Nome ANNA CLARA MIRANDA LEITE		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Dr. Marcos Paulo Baggio Ortopedista CRM - 16.598	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598		21 - Cartão do Atendimento 1	
Dados do Solicitante		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		22 - Data da Solicitação 16/05/2019	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic	
1		1		22		0040803090		COTOVELO		001	
2											
3											
4											
5											
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988		32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
1		16/05/2019		10:54		a		10:54		22	
2											
3											
4											
5											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
1		12		92691510930		MARCOS PAULO BAGGIO		53 - Número no Conselho 06		54 - UF 41	
55 - Código CBO 225270											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
1		16/05/2019		3		4		5		6	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											
81											
82											
83											
84											
85											
86											
87											
88											
89											
90											
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											

Clinica Pontagrossense de Fraturas e

Ortopedia e Traumatologia

CNPJ 80.242.746/0001-40

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Paciente: 85346 - ANNA CLARA MIRANDA LEITE
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 16/05/2019
Data de Emissão: 05/06/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

RX sem tala - Art. úmero radial com redução anatômica

40803090 - COTOVELO rx sem tala


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM - 16.598

Dr. marcos

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Anna Clara Miranda Leite</i>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>22/04</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU:		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>x Anna caiu na escola e fraturou o cotovelo em 22/04 passou por cirurgia, hoje retorno pra retornar tab. ✓</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME:		TELEFONE:
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

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

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

X

HONORARIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85179 Paciente: PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Data Nascimento: 17/12/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Médico : 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA Matrícula : 0037003872201 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 09/04/19 - 09:01

CRM Médico

Procedimento

09391 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
10101012

CPF

Tipo do Ato

353.434.359-04
Clínico

Empresa

% Qtde Qtde. CH Valor CH CNPJ Valor Total

100,00 1 0,00 0,000 100,00

Consulta Em consultório (no horário normal

Valor Total de Honorários:

100,00

Valor Total da Conta:

~~304,98~~

302,79

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85179 Paciente: PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Data Nascimento: 17/12/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado :
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA

Médico :
9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Matrícula :
0037003872201

Guia :
777

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 09/05/19 - 09:01

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Taxa de Sala							
TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	60000465	1			23,18	23,18	
						23,18	
						Sub-Total Taxa de Sala:	23,18

Materiais

Ambulatório

ATADURA ALGODAO 10X1.8	70034664	3	UND		9,12	27,36	
ATADURA GESSADA 10X03		4	UND		20,36	81,44	
CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC	70856591	1	UND		16,95	16,95	
LUVA PROCEDIMENTO G	70848645	2	UND		0,57	1,14	
MALHA TUBULAR 04x25 (1 metro)	70862001	1	UND		4,72	4,72	
						131,61	
						Sub-Total Materiais:	131,61

Exames Raio X

ANTEBRAÇO	40803104	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00

Valor Total da Conta: R\$ 202,79

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN [N]
4 - Data da Autorização 09/05/2019	8 - Número da Carteira 0037003872201	9 - Validade da Carteira 31/12/2020	10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA			

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	
Dr. Francisco Henrique Caldeira Ortopedista CRM - 9.391	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	

21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	CRM - 9.391	
1		09/05/2019			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.	
22	0040803104	ANTEBRAÇO	001		
1					
2					
3					
4					

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES	2686988
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	

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	35343435904	FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	06	0	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1	09/05/2019	3	/	/	5	/	/	7	/	/	9	/	/
2	/	4	/	/	6	/	/	8	/	/	10	/	/

68-Observação / Justificativa	
69 - 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\$)	
65 - Total Geral (R\$)	
Clínica Ponta Grossense de Fraturas e Ortopédias Ltda.	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
	CNPJ 80.242.746/0001-40 68 - Assinatura do Contratado

Paciente: 85179 - PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 09/05/2019
Data de Emissão: 09/05/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO= CONTROLE DE FRATURA.

Lado(s): Direito


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedista
CRM - 9.391

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Pablo Arthur Natel da Silva</i>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>09/05/19</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☒ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☒ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU:		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:		
<i>PABLO BRINCAVA NO BANCO DA ESCOLA, QUANDO VEIO CAIR EM CIMA DO BRAÇO E FRATURANDO O MESMO, BRAÇO DIREITO.</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME:	TELEFONE:	
NOME:	TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

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

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

Pablo Natel da Silva

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
85179	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	17/12/2012	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matricula :	Guia :
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	0037003872201	

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 15/04/19 - 08:53

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde Qtde. CH Valor CH	Valor Total
09391 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	353.434.359-04		
10101012	Clínico	100,00 1 0,00 0,000	100,00
Consulta Em consultório (no horário normal			

— Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 148,00

glaxa consulta

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
85179	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	17/12/2012	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	0037003872201	

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.0 - Seguimento envolvendo remoção de placa de fratura e outros dispositivos de fixação interna

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 15/04/19 - 08:53

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Exames Raio X							
ANTEBRAÇO	40803104	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00
						Valor Total da Conta:	R\$ 48,00

Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização 15/04/2019		5 - Senha		10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Francisco Henrique Caldeira</i> Ortopedista CRM - 9.391			
8 - Número da Carteira 0037003872201		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 9391		18 - UF PR			
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 15/04/2019	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 0040803104 ANTEBRAÇO		27 - Qtde. Solic 001		28 - Qtde. Aut.		31 - Código CNES 2686988			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 15/04/2019		37 - Hora Inicial 08:56		38 - Hora Final a 08:56		39 - Tabela 22 0040803104 ANTEBRAÇO		42 - Qtde 001		43 - Via	
44 - Fator Red./Acresc 1,00		45 - Fator Red./Acresc 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 0	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 15/04/2019		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\$) 98,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Xubora Noda Alves</i>	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Xubora Noda Alves</i>		68 - Assinatura do Contratado		69 - CNPJ 80.242.746/0001-40							

Paciente: 85179 - PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 15/04/2019
Data de Emissão: 17/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO= CONTROLE DISCRETO DESVIO DORSAL. 10° DE ANGULAÇÃO DORSAL.


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedista
CRM - 9.391



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Pallesciothir narel da Silva</i>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola adventista</i>		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>09/04</i>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE:		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Escola</i>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>* ESTAVA BRINCANDO EM CIMA DE UM BANCO NO PATIO DA ESCOLA, ESCOREGOU E CAIU EM CIMA DO BRAÇO DIREITO.</i>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME:		TELEFONE:
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		
DR. FERNANDO HENRIQUE CHAGAS Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogo CRM 15.333		

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

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

[Assinatura]

15/04/19

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85179 Paciente: PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Data Nascimento: 17/12/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Médico : 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA Matrícula : 0037003872201 Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 22/07/19 - 09:08

CRM Médico

Procedimento	CPF Tipo do Ato	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ Valor Total
09391 FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA 10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	353.434.359-04 Clínico		100,00	1	0,00	0,000	100,00

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 302,99

glosa materiais + taxa de sala

CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 85179 Paciente: PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Data Nascimento: 17/12/2012 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA Médico : 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA Matrícula : 0037003872201 Guia : 2569

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 22/04/19 - 09:08

Especificação	Código	Qtde	Unid	CH	Val. Unit	Valor Total	Sub Total
Taxa de Sala							
TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	60000465	1			23,18	23,18	
						23,18	
						Sub-Total Taxa de Sala:	23,18

Materiais

Ambulatório

ATADURA ALGODAO 10X1.8	70034664	3	UND		9,12	27,36	
ATADURA GESSADA 10X03		4	UND		20,36	81,44	
CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC	70856591	1	UND		16,95	16,95	
LUVA PROCEDIMENTO G	70848645	2	UND		0,57	1,14	
MALHA TUBULAR 04x25 (1 metro)	70862001	1	UND		4,72	4,72	
						131,61	
						Sub-Total Materiais:	131,61

Exames Raio X

ANTEBRAÇO	40803104	1			48,00	48,00	
						48,00	
						Sub-Total Exames Raio X:	48,00

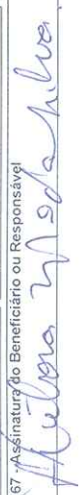
Valor Total da Conta: R\$ 202,79

Clínica Pontagrossense
Fraturas e Ortopedia
CNPJ 80.242.746/0001-40
Assinatura do Responsável

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 22/04/2019	5 - Senha	10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA			
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0037003872201	9 - Validade da Carteira 31/12/2020				
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 0	18 - UF PR
20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Francisco Henrique Caldeira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 9391					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 22/04/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0030712017	26 - Descrição GESSO - AXILO-PALMAR			
1	22	0030712017			
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 22/04/2019	37 - Hora Inicial 09:13	38 - Hora Final a 09:13	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030712017	41 - Descrição GESSO - AXILO-PALMAR
1	22/04/2019	09:13	a 09:13	22	0030712017
2					
3					
4					
5					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1			3		5
2			4		6
58 - Observação / Justificativa TROCA DE GESSO. GESSO ESTÁ SOLTO.					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 20,00	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\$) 20,00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  Pablon Nattel da Silva CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS					

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 22/04/2019	5 - Senha	10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA			
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0037003872201	9 - Validade da Carteira 31/12/2020	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 9391	18 - UF PR	19 - Código CBO
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 Francisco Henrique Caldeira Ortopedista CRM - 9.391
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 22/04/2019	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 0040803104	26 - Descrição ANTEBRAÇO	27 - Qtde. Solic 001	28 - Qtde. Aut.	
2					
3					
4					
5					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1 22/04/2019	37 - Hora Inicial 08:49	38 - Hora Final a 08:50	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803104	41 - Descrição ANTEBRAÇO
2					
3					
4					
5					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/GP 35343435904	51 - Nome do Profissional FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 0
				54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 22/04/2019	3	4	5	6	7 8 9 10
2					
58 - Observação / Justificativa					
Clínica Pontagrossense de Fraturas e					
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 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - CNPJ 80.242.746/0001-40					

Paciente: 85179 - PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA
Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
Data Exame: 22/04/2019
Data de Emissão: 25/04/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO = AUMENTO DO DESVIO DORSAL E RADIAL


Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedista
CRM: 9.391

Dr. Coldeira

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS			
NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Pablo Arthur Natel da Silva</u>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
HORÁRIO DO ACIDENTE:			
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <u>PABLO ESTAVA BRINCANDO EM UM BANCO</u> <u>NA ESCOLA, QUANDO CAIU EM CIMA</u> <u>DO BRAÇO DIREITO, VINDO QUEBRAR</u> <u>OMESCO.</u>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:			
NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:			
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):			

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

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

Autora: W. de Silva