

**MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA**

Secretaria Municipal da Fazenda

Coordenadoria do ISS, ICMS e ITBI
VISCONDE DE TAUNAY, 950 - 84051900 - RONDA - PONTA GROSSA - PR

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

NFS-e Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número: 41823

Dt. Emissão: 05/02/2020

Autenticidade: 000762049

CONSULTE A AUTENTICIDADE DESTES DOCUMENTOS 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:

Insc. Estadual:

Endereço:

AVENIDA BALDUÍNO TAQUES, 1599 - CENTRO

Município/UF: PONTA GROSSA-PR

CEP:

Fone/Fax: (42) 3225-2252

E-Mail: adm@clinicadefraturas.com

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

CEP: 80.730-070

Fone/Fax:

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

DEFINIÇÃO DO SERVIÇOItem da Lista de Serviços da LC nº 116/03:
401 MEDICINA E BIOMEDICINA.CNAE:
8630502Competência:
2/2020Local da Prestação do Serviço:
PONTA GROSSA-PRSituação da NFS-e:
EMITIDANatureza 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	2.608,01000	0,00	2.608,01

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,00000	78,24000	Não
PIS	0,65000	16,95000	Sim
COFINS	3,00000	78,24000	Sim
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	1,50000	39,12000	Não
CSLL	1,00000	26,08000	Sim
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
2.608,01	0,00	0,00	2.486,74	2.608,01

NFS-E Nº
41823Recebemos de CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.
DATA: Assinatura: _____

05.02

FATURA AMBULATORIAL

Convênio:
ADVENTISTA

Data de Entrega:
07/10/2019

Data do Vencimento:
06/11/2019

Conta	Guia de Atendimento Código do Proced.	Dt. Atend	Matrícula	Num. Ficha	Paciente	Valor do Hospital	Serviço Profissional	Valor Total
205743	19751 10101012	24/10/19	3480	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER ✓	134,92	100,00	234,92
205755	5335 10101012	20/11/19	5353	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00	100,00	148,00
205757	154	11/11/19	115	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00	100,00	148,00
205782	1510	05/11/19	051	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00	100,00	148,00 ✓
205849	0411	01/11/19	2208	0001975/1	AMANDA KOCH SCHEIFER	48,00	100,00	148,00
205763	1223 10101012	12/08/19	12103	0008683/9	ANA KAORI SATO	48,00	100,00	148,00 ✓
205764		12/08/19		0008683/9	ANA KAORI SATO	0,00	48,00	48,00 ✓
205768	142 10101012	30/08/19	142	0008708/1	FELIPE PEREIRA DE DEUS	48,00	100,00	148,00
205761	010 10101012	06/11/19	00690000009357630	0008510/2	GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL	48,00	130,00	178,00
205758	025 10101012	06/09/19	025	0005974/8	MARIA EDUARDA AVANZINI	134,92	100,00	234,92
205765	025 10101012	21/08/19	025	0008698/2	NATHALIA BUENO LUZ	105,18	138,00	243,18
205778	025 10101012	06/11/19	025	0008796/6	OLAVO DE MEDEIROS RECHE	48,00	100,00	148,00
205748	025	21/08/19	0037003872201	0008517/9	PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	48,00	100,00	148,00
205773	025 10101012	02/10/19	025	0008754/2	SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ ✓	252,39	100,00	352,39
205776	025 10101012	22/10/19	025	0008754/2	SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ ✓	48,00	100,00	148,00
205770	025 10101012	24/09/19	025	0008743/2	VITORIA CANDIDO ELEUTERIO	184,60	100,00	284,60
Total de Contas: 16						1.292,01	1.616,00	2.908,01

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda.
 Assinatura do Responsável
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

24 JAN. 2020

RESUMO FINANCEIRO DA FATURA: 12701

Convênio:
ADVENTISTA
Observações:

Data de Entrega:
07/10/2019

Data do Vencimento:
06/11/2019

Qtde de Contas:
16

Receitas Hospitalares

	Valor
Tipo da Receita:	727,00
Exames Raio X	449,11
Materiais Ambulatório	115,90
Taxas de Sala	
	1.292,01
TOTAL GERAL:	

Honorários Médicos

Médico Executante:	Quantidade	Valor
CARLOS CEZAR WOZNIAKI	3	200,00
AMANDA KOCH SCHEIFER	3	200,00
SubTotais:	3	200,00
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	3	100,00
SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ	3	100,00
SubTotais:	3	100,00
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA	1	100,00
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA	1	100,00
SubTotais:	1	100,00
GUILHERME K. SIQUEIRA	2	138,00
NATHALIA BUENO LUZ	2	138,00
SubTotais:	2	138,00
JOCIEL JOSE SOLIERI	1	100,00
SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ	2	100,00
VITORIA CANDIDO ELEUTERIO	3	200,00
SubTotais:	3	200,00
MARCOS PAULO BAGGIO	2	100,00
MARIA EDUARDA AVANZINI	2	100,00
SubTotais:	2	100,00
TIAGO AUGUSTO COLFERAI	3	300,00
AMANDA KOCH SCHEIFER	2	148,00
ANA KAORI SATO	1	100,00
FELIPE PEREIRA DE DEUS	1	130,00
GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL	2	100,00
OLAVO DE MEDEIROS RECHE	9	778,00
SubTotais:	9	778,00
	23	1.616,00
TOTAL GERAL:		

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 19751 Paciente: AMANDA KOCH SCHEIFER Data Nascimento: 13/07/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S43.0 - Luxação da articulação do ombro

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 24/10/19 - 11:08

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
10145 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	592.945.239-34							
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00		
10145 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	592.945.239-34							
30718040 Fratura de braço redução incruenta	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	0,00		
Valor Total de Honorários:						100,00		
Valor Total da Conta:						234,92		

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

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

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	
4 - Data da Autorização 24/10/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER					
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER		11 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		12 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		13 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 10145		18 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 10145		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Carlos Cezar Wozniak CRM 10.145	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 24/10/2019		23 - Indicação Clínica FRATURA PROXIMAL DO UMEROS ESQUERDO SUBNETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030718040		26 - Descrição FRATURA DE BRAÇO REDUÇÃO INCRUENTA		27 - Qtd. Solic 001	
25 - Código do Procedimento 0030718040		26 - Descrição FRATURA DE BRAÇO REDUÇÃO INCRUENTA		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							
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 24/10/2019		37 - Hora Inicial 11:45		38 - Hora Final 11:45		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0030718040		41 - Descrição FRATURA DE BRAÇO REDUÇÃO INCRUENTA	
42 - Qtd 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$) 112,00		47 - Valor Total (R\$) 112,00	
48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/GPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - 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	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 112,00		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 Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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 24/10/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 10145	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 24/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803074		26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	
Dados do Contratado		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		36 - Data 1 24/10/2019		37 - Hora Inicial 11:27		38 - Hora Final 11:27		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803074	
41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL		42 - Qtd 001		43 - Via 001		44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 48,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq.Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 59294523934		51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 10145		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa TRAUMA NO OMBRO ESQ.		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 Gerado 48,00		65 - Total Gerado 48,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Profissional		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional	

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER
Médico: 10145- CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 24/10/2019
Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo FRATURA COMPLETA UMBRO PROXIMAL SEM DESVIO


Dr. Carlos Cezar Wozniaki

Ortopedista
CRM - 18.891



Dr. Carlos

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Pimanda Keck, Scheifer</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3480</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE: <i>3224-9142</i>	
ENDEREÇO: <i>Paradentos nº 500</i>		CIDADE: <i>Ponta Grossa</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>24/10/19</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: <i>10:20</i>	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i> Ao jogar na aula de educação física a aluna caiu e se apoiou no braço.</i>		
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Quadra de esportes</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE: NOME: <i>José Cândido</i>		TELEFONE:	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>José Cândido</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

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: Simanda Rachel Scheifer

DATA DA OCORRÊNCIA: 24/10/19

DATA DO ATENDIMENTO: 24/10/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 / 30718040 / 40803074

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)

Fratura aberta E com
fechada

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

() INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

(☒) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
() MORTE

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:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

CRM/CRO:

TELEFONE:

Dr. Carlos César Wozniaki
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.145

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
19751	AMANDA KOCH SCHEIFER	13/07/2007	ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI Matrícula : 2208 Guia : 0411

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 01/11/19 - 09:27

CRM Médico	CPF	Empresa					CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
10145 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	592.945.239-34						
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal)	Clínico	100,00	1	0,00	0,000		100,00
Valor Total de Honorários:							100,00
Valor Total da Conta:							148,00

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

AMANDA KOCH SCHEIFER

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

CARLOS CEZAR WOZNIAKI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

10145

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

01/11/2019 09:57

19 - Tipo de Consulta

2

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Mariana Koch

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 01/11/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo controle fratura proximal


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
Ortopedista
CRM - 18.891

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 01/11/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER					
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 10145	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Carlos Cezar Wozniaki</i> CRM 10.145		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/11/2019		23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803074		26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL		27 - Qtde. Solic. 001		28 - Qtde. Aut.			
1											
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 01/11/2019		37 - Hora Inicial 10:25		38 - Hora Final 10:25		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803074	
1										41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	
2										42 - Qtde 001	
3										43 - Via 001	
4										44 - Tec. 001	
5										45 - Fator Red./Acresc. 1,00	
										46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
										47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 59294523934		51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI		52 - Conselho Profissional 06	
										53 - Número no Conselho 10145	
										54 - UF 41	
										55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		1 01/11/2019		3 11/11		4 11/11		5 11/11		6 11/11	
		2 11/11		3 11/11		4 11/11		5 11/11		6 11/11	
										7 11/11	
										8 11/11	
										9 11/11	
										10 11/11	
58 - Observação / Justificativa CONTROLE											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 48,00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>X Mariana Koch</i>		68 - Assinatura do Contratado					

Dr. Carlos

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Amanda Koch Schiefer</i>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>01/11/19</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>Estava em aula de Ed. Física, onde um colega passou debaixo das pernas numa atividade e a mesma sofreu queda caindo em cima do braço esquerdo. Havendo fratura de timero</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 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

Milena Koch

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 19751 Paciente: AMANDA KOCH SCHEIFER Data Nascimento: 13/07/2007 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 05/11/19 - 09:55

CRM Médico	CPF	Empresa					CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total	
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44						
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal)	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00	
Valor Total de Honorários:						100,00	
Valor Total da Conta:						148,00	

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

AMANDA KOCH SCHEIFER

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

05/11/2019 16:57

19 - Tipo de Consulta

2

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

Milena Koch

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 05/11/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo



Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 05/11/2019	6 - Data de Validade da Senha		

Dados do Beneficiário	10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
13 - Código na Operadora 80242746000140	15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI

16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25663
18 - UF PR	19 - Código CBO

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/11/2019	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803074	26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL
---------------------------------	--	------------------------	-------------------	---	---

27 - Qtdde Solic. 001	28 - Qtdde. Aut. 001
--------------------------	-------------------------

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

Dados do Atendimento	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 05	34 - Tipo de Consulta

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 1 05/11/2019	37 - Hora Inicial 17:15	38 - Hora Final a 17:15	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803074	41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	42 - Qtdde 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
---------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------	---	---	-------------------	----------	-----------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 05136246944	51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI
--------------------	-----------------------	---	---

52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25663	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 05/11/2019	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 48,00
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Guilherme Loder</i>
---	--

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado	70 - CNPJ 80.242.746/0001-40
-------------------------------	------------------------------

11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN [N]
-------------------------------	----------------------------

Fl. 0. Togo

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Camanda Koch Scheifer</u>		Nº DA MATRÍCULA:
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Colegio Adventista</u>		TELEFONE:
ENDEREÇO:		CIDADE: UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>05/11/19</u>	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>Retorno para verificar fratura braço esquerdo</u> <u>úmero sonado por queda em aula de Ed. Física.</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)

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
19751	AMANDA KOCH SCHEIFER	13/07/2007	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
AMANDA KOCH SCHEIFER	25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI		

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : -

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 11/11/19 - 09:58

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal)	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00		
Valor Total de Honorários:						100,00		
Valor Total da Conta:						148,00		

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

AMANDA KOCH SCHEIFER

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

11/11/2019 16:18

19 - Tipo de Consulta

2

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedista
CRM - 25.663

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 11/11/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL

Lado(s): Esquerdo



Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortonedias Ltda.

11/11/19

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Camanda Koch Schieff</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Adventista</i>		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>11/11/19</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>Acompanhamento da evolução da fratura de úmero braço esquerdo ocasionada durante aula de Ed. Física.</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 / 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:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
19751	AMANDA KOCH SCHEIFER	13/07/2007	ADVENTISTA

Segurado : AMANDA KOCH SCHEIFER Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 20/11/19 - 11:05

CRM Médico	CPF	Empresa	CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	% Qtde Qtde. CH Valor CH	Valor Total
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44		
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00 1 0,00 0,000	100,00
Valor Total de Honorários:			100,00
Valor Total da Conta:			148,00

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome
AMANDA KOCH SCHEIFER

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

20/11/2019 11:05

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

✓ *Mulina Koch*

Paciente: 19751 - AMANDA KOCH SCHEIFER
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 20/11/2019
Data de Emissão: 21/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL
Lado(s): Esquerdo


Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedista
CRM - 25.663

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 20/11/2019		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome AMANDA KOCH SCHEIFER							
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		Dados do Contratado		Dados do Atendimento		Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/11/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803074		26 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	
27 - Tabela 22		28 - Código do Procedimento 0040803074		29 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Motivo de Encerramento 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		36 - Data 20/11/2019		37 - Hora Inicial 11:31		38 - Hora Final a 11:31		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803074	
41 - Descrição OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL		42 - Qtdde 001		43 - Via 001		44 - Tec. 001		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 25663		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 20/11/2019		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		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total de Fraturas e	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - CNPJ 80.242.746/0001-40		70 - CNPJ 80.242.746/0001-40		71 - CNPJ 80.242.746/0001-40		72 - CNPJ 80.242.746/0001-40	

Dr. Tiago

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Amanda Koch Schiefel</i>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>20/11/19</i>	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☐ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?	
LOCAL ONDE OCORREU:			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
<i>Acompanhamento semanal de fratura de úmero</i>			
<i>braco esquerdo devido a queda na cuba de</i>			
<i>Ed. Física.</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 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Koch Scheifer
Nº da Carteira: 3.23.3480
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 13/07/2007

Nº da Guia: 1896



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2019	08:40:00	Pátio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna caiu na quadra e bateu o braço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 3224-9142

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	24/10/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Pontagrossense de Fraturas	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno - Ponta Grossa/PR	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
Precisa dar continuidade ao tratamento, fisioterapia.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
86839	ANA KAORI SATO	06/08/2008	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matricula :	Guia :
ANA KAORI SATO	25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI		

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S50.0 - Contusão do cotovelo

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 12/08/19 - 10:28

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00		
Valor Total de Honorários:						100,00		
Valor Total da Conta:						148,00		

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

Paciente: 86839 - ANA KAORI SATO
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 12/08/2019
Data de Emissão: 13/08/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803090 - COTOVELO
Lado(s): Esquerdo
LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO


Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedista
CRM - 25.663

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

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 12/08/2019	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANA KAORI SATO		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira					
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25663	18 - UF PR
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 					
21 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI					
22 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM/PR 25663					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
23 - Tipo de Atendimento 05	24 - Data da Solicitação 12/08/2019	25 - Descrição COTOVELO	26 - Código do Procedimento 0040803090	27 - Qtde. Solic. 001	28 - Qtde. Aut.
1					
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 12/08/2019	37 - Hora Inicial 11:05	38 - Hora Final 11:05	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803090	41 - Descrição COTOVELO
1					
2					
3					
4					
5					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/GPF 05136246944	51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25663
54 - UF 41					
55 - Código CBO 225270					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1	12/08/2019	3	1	7	9
2	1	4	1	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 Medicinais (R\$) 0,00					
65 - Total Geral (R\$) 48,00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 					
68 - Assinatura do Contratado					

Dr. Tiago



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Cima Kauri Bato		2950	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista de Ponta Grossa		(41) 3224-9142 / 3224-9192	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Rua Giradentes nº 500		Ponta Grossa	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
12/08/2019	☐ 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? Torre mecânica.	
HORÁRIO DO ACIDENTE:	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:		
10 horas	A aluna estava brincando na torre mecânica e se caiu, caiu em cima do braço.		
LOCAL ONDE OCORREU:			
Praça Montei- re Bato			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		TELEFONE: (41) 78681878	
NOME: Professora Débora Regina Zawolski		TELEFONE:	
NOME:			
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
Débora Regina Zawolski			
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

Julia B. Bato

raça

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

Lima Kaori Sato

DATA DA OCORRÊNCIA

12/08/19

DATA DO ATENDIMENTO

12/08/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 | 40803090

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

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 DO TUBO MECÂNICO SOBRE O BRAÇO ESQUERDO COM
DOR EM OTÓVULOS ESQUERDO. MOBILIDADE DE OTÓVULOS PRESERVADA
COM DOR NA FLEXÃO. RX DE OTÓVULOS SEM SINAIS DE FRATURA
CONDUTA: ANALGESIA + GEL LOCAL + ORIENTAÇÕES + RETORNO SE
NÃO MELHORA*

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

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

2 SEMANAS

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

2 SEMANAS

HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

NÃO

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

12/08/19

DATA

Dr. Tiago Augusto Colferi
Ortopedia e Traumatologia
CRM 75663
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Kaori Sato

Nº da Carteira: 3.23.2950

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 06/08/2008

Nº da Guia: 1932

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2019	10:00:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Touro Mecânico

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Braço Esquerdo

Descrição

A aluna estava brincando no touro mecânico e ao cair, caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Professora Débora Regina Zawolski

Telefone

(42) 99868-1878

Quem prestou primeiros socorros

Débora Regina Zawolski

Data

12/08/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Pontagrossense de Fraturas	Rua Balduino Taques	159 9	Contorno - Ponta Grossa/PR	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações

Retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 87081 Paciente: FELIPE PEREIRA DE DEUS Data Nascimento: 20/07/2010 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : FELIPE PEREIRA DE DEUS Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S90.1 - Contusão de artelho sem lesão da unha

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 30/08/19 - 12:45

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00		
Valor Total de Honorários:						100,00		
Valor Total da Conta:						148,00		

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedia Ltd
CNPJ 80.242.746/0001-40

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome
FELIPE PEREIRA DE DEUS

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

8 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25663

11 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

18 - Data do Atendimento
30/08/2019 12:45

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 87081 - FELIPE PEREIRA DE DEUS

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 30/08/2019

Data de Emissão: 04/09/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Pé ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO



Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

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 30/08/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome FELIPE PEREIRA DE DEUS					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome FELIPE PEREIRA DE DEUS					
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 30/08/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Tiago Augusto Colferai		25 - Qtd. Solic. 25-663		26 - Qtd. Aut. 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804097		26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut. 001			
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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1 30/08/2019		37 - Hora Inicial 13:47		38 - Hora Final a 13:47		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804097	
41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		42 - Qtd 001		43 - Via 001		44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 48,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 05136246944		51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 25663		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		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 48,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

Dr. Tiago

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO:	Nº DA MATRÍCULA:
Felipe Pereira de Deus	3722
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	TELEFONE:
Escola Adventista	3224-9142
ENDEREÇO:	CIDADE:
	Rio de Janeiro
	UF:
	PR

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
30/08/19	() ATROPELAMENTO	(x) ATLETISMO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	() BRIGA	() CAMA ELÁSTICA
10h 45	() CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	() DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
LOCAL ONDE OCORREU:	(x) CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	() EDUCAÇÃO FÍSICA
Quadra	() CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	() GINÁSTICA OLÍMPICA
	() CORPO ESTRANHO	() JOGO DE BASQUETE
	() QUEIMADURA	() JOGO DE FUTEBOL
	() Queda	() JOGO DE HANDEBOL
	() TORÇÃO	() JOGO DE VOLEY
	(x) TRAUMA	() NATAÇÃO
	() TRAUMA COM BOLA	() RECREIO
	() OUTROS	() SALA DE AULA
	QUAL?	(x) OUTROS
		QUAL?
		Recreio

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

No momento da recreação o Felipe chutou o chão e após isso, ficou sentindo muita dor no dedão do pé direito.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: Elizângela Kaciuba

TELEFONE:

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

Professora do Felipe

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

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

Leipe Pereira de Deus

DATA DA OCORRÊNCIA

30/08/19

DATA DO ATENDIMENTO

30/08/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 / 40804097

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

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

TRAUMA EM HALUX COM CHUTE ACIDENTE DURANTE FUTEBOL
DOR EM FRENTE PROXIMAL DO HALUX DIREITO
EQUIMOSE DORSAL, MOBILIDADE PRESERVADA DO HALUX
RX SEM SINAIS DE FRATURA EVIDENTES
CONDUTA: ANALGESIA + GELÓ LOCAL + REPOUSO SE NECESSÁRIO

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

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
() MORTE

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

7 DIAS

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

7 DIAS

HOVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

NÃO

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

DATA

30/08/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Pereira de Deus
Nº da Carteira: 3.23.3722
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/07/2010

Nº da Guia: 1962

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2019	10:45:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
No momento da recreação Felipe chutou o chão e após isso ficou sentindo muita dor no dedão do pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elizangela K.	(24) 3224-9142

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Registro retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
85102	GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL	14/09/2011	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL	25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI	00690000009357630	

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : S60.0 - Contusão de dedo(s) sem lesão da unha

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

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/11/19 - 18:10

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
25663 TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	130,00	1	0,00	0,000	130,00		

Valor Total de Honorários: 130,00

Valor Total da Conta: 178,00

Ex alums da rede
Sem A.A do AMA

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

Paciente: 85102 - GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 06/11/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO

Lado(s): Esquerdo

LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO



Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

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 06/11/2019		5 - Senha		10 - Nome GUSTAVO DE SOUZA GABRIEL		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
8 - Número da Carteira 00690000009357630		9 - Validade da Carteira 31/12/2019		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		21 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		22 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Tiago Augusto Colferai Ortopedista CRM - 25.663	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		21 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/11/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 0040803104 ANTEBRAÇO		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		32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 1 06/11/2019 18:17 a 18:17 22 0040803104 ANTEBRAÇO		42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1,00 48,00 48,00		48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/GPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 1 12 05136248944 TIAGO AUGUSTO COLFERAI 06 25663 41 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 06/11/2019 3 11 4 11 5 11 6 11 7 11 8 11 9 11 10 11	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 		68 - Assinatura do Contratado 		69 - Assinatura do Contratado 	
70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado		75 - Assinatura do Contratado	

Clínica Pontagrossense de Fraturas e

Ortopedia e

Ortopedia Ltda.

CNPJ 80.242.748/0001-40

12/10/99



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Gustavo de Souza Gabriel		3464	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista		3224-9142	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
Rua Sirodentes nº 500		Rio de Janeiro	PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
06/11/2019	() ATROPELAMENTO () BRIGA () CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO () CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA () CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO () CORPO ESTRANHO () QUEIMADURA (x) QUESADA (x) 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:			
17h 25			
LOCAL ONDE OCORREU:			
Quadra de esporte			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
O aluno estava brincando com os amigos no momento da recreação e acabou caindo e se machucou com a mão.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: Elisângela Keciula		TELEFONE: 99964-7794	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?			
Professora Elisângela Keciula			
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

Dr. Tiago

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

Gustavo de Souza Gabriel

DATA DA OCORRÊNCIA

08/11/19

DATA DO ATENDIMENTO:

08/11/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 / 40803104

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

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.

TRAUMA EM ANTERIOER ESQUERDO NA EXCAV
DOR CEE DIFUSA EM ANTERIOER
MORLIDADE DE PUNHO E COTOVELO ESQUERDOS PRESERVADOS
RX SEM SINAIS DE FRATURA
CONDUTA: ANALGÉSIA + BICO + ORIENTAÇÕES

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

☒ INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

() MORTE

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

7 dias

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

7 dias

HOVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

N/A

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

DATA

06/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25663

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
59748	MARIA EDUARDA AVANZINI	12/07/2010	ADVENTISTA

Segurado :	Médico :	Matrícula :	Guia :
MARIA EDUARDA AVANZINI	16598 - MARCOS PAULO BAGGIO		

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: 06/09/19 - 16:49

CRM Médico	Procedimento	CPF	Tipo do Ato	Empresa	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	CNPJ	
									Valor Total	Valor Total
16598	MARCOS PAULO BAGGIO	926.915.109-30								
10101012	Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico			100,00	1	0,00	0,000		100,00
16598	MARCOS PAULO BAGGIO	926.915.109-30								
30711010	Imobilizações não-gessadas (qualquer	Clínico			100,00	1	0,00	0,000		0,00
Valor Total de Honorários:									100,00	
Valor Total da Conta:									234,92	

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		Nº DA MATRÍCULA:	
Maurício Eduardo Cronzini			
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
Escola Adventista Porto Foz		3224-9192	
ENDERECO:		CIDADE:	UF:
Rua Iracema, 500		Porto Foz	PR PR
DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
06/09	☐ 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:			
13h40			
LOCAL ONDE OCORREU:			
Quilômetro			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
Durante a recreação o bolo bateu no dedo do aluno.			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME:		TELEFONE:	
Professora			
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 / 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO

Marcelo Eduardo Aronzi

DATA DA OCORRÊNCIA

06/09

DATA DO ATENDIMENTO

06/09

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 / 30711010 / 40803120

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

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

NENHUMA

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA

() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

() MORTE

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. Grossi

LOCAL

06/09/19

DATA

Dr. Marcos Paulo G. Buiatti
Ortopedista
CRM 16598

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Evolução Médica

Data: 21/11/2019

Pag.: 1

Ficha: 59748

Paciente: MARIA EDUARDA AVANZINI

Data Nasc.: 12/07/2010

Idade: 009.04.09

Data: 06/09/2019

Hora: 17:27

Médico: MARCOS PAULO BAGGIO

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Direito

Receituário:

Profenid gotas 1 frasco Frasco => USO Interno
Dê 30 gts VO de 8/8 horas (APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR), por 5 dias.

- Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

MARIA EDUARDA AVANZINI

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16598

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

18 - Data do Atendimento

06/09/2019 16:49

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

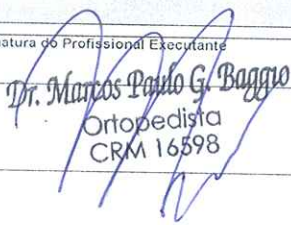
0010101012

22 - Valor do Procedimento

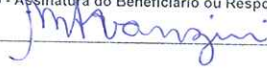
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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 06/09/2019	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA EDUARDA AVANZINI		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16598	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Marcos Paulo Baggio</i> Ortopedista CRM 16598					
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	21 - Caráter do Atendimento 1				
22 - Data da Solicitação 06/09/2019					
23 - Indicação Clínica Entorse dedo da mão.					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição					
1 22 0030711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)					
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) 9				
34 - Tipo de Consulta 3					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1 06/09/2019	37 - Hora Inicial 17:28	38 - Hora Final a 17:28	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
2 a					
3 a					
4 a					
5 a					
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 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 8,00					
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00					
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00					
62 - Total de OPME (R\$) 0,00					
63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00					
64 - Total Geral (R\$) 8,00					
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>Dr. Marcos Paulo Baggio</i> Ortopedista CRM 16598					

Paciente: 59748 - MARIA EDUARDA AVANZINI
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 06/09/2019
Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

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


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM - 16.598

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 Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV
4 - Data da Autorização 06/09/2019	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA EDUARDA AVANZINI		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira					
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 16598	18 - UF PR
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 06/09/2019	23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Marcos Paulo G. Baggio</i>		
24 - Tabela 1	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)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data 1	37 - Hora Inicial 06/09/2019	38 - Hora Final 16:51	39 - Tabela a	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS
2					
3					
4					
5					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
46 - S. Ref. 1	48 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 92691510930	51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 16598
54 - UF 41					
55 - Código CBO 225270					
56 - Observação / Justificativa					
57 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
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 Geral (R\$) 48,00					
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
66 - Assinatura do Contratado					
67 - Assinatura do Profissional Solicitante					
68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Avanzini

Nº da Carteirinha: 3.23.3249

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/07/2011

Nº da Guia: 1961



Data da Ocorrência

06/09/2019

Horário

13:40:00

Local

Quadra

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, Mão Esquerda

Descrição

Durante a recreação a bola bateu no dedo da aluna.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(42) 3284-9142

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Registro retroativo.

Ass.:

Gabriel Milani

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

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

Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070

Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824

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

Impresso por: Gabriel Milani

1 de 1

27/02/2020

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 86982 Paciente: NATHALIA BUENO LUZ Data Nascimento: 12/11/2005 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : NATHALIA BUENO LUZ Médico : 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA 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: 21/08/19 - 19:23

CRM Médico	CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento	Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor Total		
18652 GUILHERME K. SIQUEIRA 10101012 Consulta Em consultório (no horário normal	27.130.999-78 Clínico	130,00	1	0,00	0,000	130,00		
18652 GUILHERME K. SIQUEIRA 30711010 Imobilizações não-gessadas (qualquer	27.130.999-78 Clínico	100,00	1	0,00	0,000	8,00		

Valor Total de Honorários: 138,00

Valor Total da Conta: 243,18

Ex: aluna da rede
sem A.A do AMA

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

8 - Cartão Nacional de Saúde

7 - Nome
NATHALIA BUENO LUZ

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1865215 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
21/08/2019 19:2319 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM - 18.652

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

x Edulio M. de Loure

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 21/08/2019		5 - Senha		10 - Nome NATHALIA BUENO LUZ		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Guilherme Kassab Siqueira</i> Ortopedista CRM - 18.652	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652		27 - Qtde. Solic 001	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06		28 - Qtde. Aut.	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/08/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0010101012	
1		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		101		102	
103		104		105		106		107		108	
109		110		111		112		113		114	
115		116		117		118		119		120	
121		122		123		124		125		126	
127		128		129		130		131		132	
133		134		135		136		137		138	
139		140		141		142		143		144	
145		146		147		148		149		150	
151		152		153		154		155		156	
157		158		159		160		161		162	
163		164		165		166		167		168	
169		170		171		172		173		174	
175		176		177		178		179		180	
181		182		183		184		185		186	
187		188		189		190		191		192	
193		194		195		196		197		198	
199		200		201		202		203		204	
205		206		207		208		209		210	
211		212		213		214		215		216	
217		218		219		220		221		222	
223		224		225		226		227		228	
229		230		231		232		233		234	
235		236		237		238		239		240	
241		242		243		244		245		246	
247		248		249		250		251		252	
253		254		255		256		257		258	
259		260		261		262		263		264	
265		266		267		268		269		270	
271		272		273		274		275		276	
277		278		279		280		281		282	
283		284		285		286		287		288	
289		290		291		292		293		294	
295		296		297		298		299		300	
301		302		303		304		305		306	
307		308		309		310		311		312	
313		314		315		316		317		318	
319		320		321		322		323		324	
325		326		327		328		329		330	
331		332		333		334		335		336	
337		338		339		340		341		342	
343		344		345		346		347		348	
349		350		351		352		353		354	
355		356		357		358		359		360	
361		362		363		364		365		366	
367		368		369		370		371		372	
373		374		375		376		377		378	
379		380		381		382		383		384	
385		386		387		388		389		390	
391		392		393		394		395		396	
397		398		399		400		401		402	
403		404		405		406		407		408	
409		410		411		412		413		414	
415		416		417		418		419		420	
421		422		423		424		425		426	
427		428		429		430		431		432	
433		434		435		436		437		438	
439		440		441		442		443		444	
445		446		447		448		449		450	
451		452		453		454		455		456	
457		458		459		460		461		462	
463		464		465		466		467		468	
469		470		471		472		473		474	
475		476		477		478		479		480	
481		482		483		484		485		486	
487		488		489		490		491		492	
493		494		495		496		497		498	
499		500		501		502		503		504	
505		506		507		508		509		510	
511		512		513		514		515		516	
517		518		519		520		521		522	
523		524		525		526		527		528	
529		530		531		532		533		534	
535		536		537		538		539		540	
541		542		543		544		545		546	
547		548		549		550		551		552	
553		554		555		556		557		558	
559		560		561		562		563		564	
565		566		567		568		569		570	
571		572		573		574		575		576	
577		578		579		580		581		582	
583		584		585		586		587		588	
589		590		591		592		593		594	
595		596		597		598		599		600	
601		602		603		604		605		606	
607		608		609		610		611		612	
613		614		615		616		617		618	
619		620		621		622		623		624	
625		626		627		628		629		630	
631		632		633		634		635		636	
637		638		639		640		641		642	
643		644		645		646		647		648	
649		650		651		652		653		654	
655		656		657		658		659		660	
661		662		663		664		665		666	
667		668		669		670		671		672	
673		674		675		676		677		678	
679		680		681		682		683		684	
685		686		687		688		689		690	
691		692		693		694		695		696	
697		698		699		700		701		702	
703		704		705		706		707		708	
709		710		711		712		713		714	
715		716		717		718		719		720	
721		722		723		724		725		726	
727		728		729		730		731		732	
733		734		735		736		737		738	
739		740		741		742		743		744	
745		746		747		748		749		750	
751		752		753		754		755		756	
757		758		759		760		761		762	
763		764		765		766		767		768	
769		770		771		772		773		774	
775		776		777		778		779		780	
781		782		783		784		785		786	
787		788		789		790		791		792	
793		794		795		796		797		798	
799		800		801		802		803		804	
805		806		807		808		809		810	
811		812		813		814		815		816	
817		818		819		820		821		822	
823		824		825		826		827		828	
829		830		831		832		833		834	
835		836		837		838		839		840	
841		842		843		844		845		846	
847		848		849		850		851		852	
853		854		855		856		857		858	
859		860		861		862		863		864	
865		866		867		868		869		870	
871		872		873		874		875		876	
877		878		879		880		881		882	
883		884		885		886		887		888	
889		890		891		892		893		894	
895		896		897		898		899		900	
901		902		903		904		905		906	
907		908		909		910		911		912	
913		914		915		916		917		918	
919		920		921		922		923		924	
925		926		927		928		929		930	
931		932		933		934		935		936	
937		938		939		940		941		942	
943		944		945		946		947		948	
949		950		951		952		953		954	
955		956		957		958		959		960	
961		962		963		964		965		966	
967		968		969		970		971		972	
973		974		975		976		977		978	
979		980		981		982		983		984	
985		986		987		988		989		990	
991		992		993		994		995		996	
997		998		999		1000		1001		1002	
10											

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 21/08/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome NATHALIA BUENO LUZ		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Guilherme Kassab Siqueira</i> Ortopedista CRM 18652	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome NATHALIA BUENO LUZ		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Guilherme Kassab Siqueira</i> Ortopedista CRM 18652	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Guilherme Kassab Siqueira</i> Ortopedista CRM 18652	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/08/2019		23 - Indicação Clínica TRAUMA DO JOELHO ESQ - IMOBILIZAÇÃO - ENFAIXAMENTO - JONES		24 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		25 - Código do Procedimento 0030711010		26 - Qtd. Solic. 001	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Qtd. Solic.		30 - Qtd. Aut.	
1		22		0030711010		001		001		001		001	
2		22		0030711010		001		001		001		001	
3		22		0030711010		001		001		001		001	
4		22		0030711010		001		001		001		001	
5		22		0030711010		001		001		001		001	
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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1	
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 21/08/2019		37 - Hora Inicial 19:48		38 - Hora Final 19:48	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
1		22		0030711010		001		001		001		001	
2		22		0030711010		001		001		001		001	
3		22		0030711010		001		001		001		001	
4		22		0030711010		001		001		001		001	
5		22		0030711010		001		001		001		001	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 21/08/2019		37 - Hora Inicial 19:48		38 - Hora Final 19:48		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0030711010		41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
1		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
2		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
3		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
4		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
5		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
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	
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		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
1		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
2		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
3		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
4		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
5		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
6		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
7		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
8		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
9		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
10		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
11		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
12		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
13		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
14		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
15		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
16		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
17		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
18		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
19		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
20		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
21		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
22		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
23		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
24		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
25		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
26		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
27		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
28		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
29		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
30		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
31		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
32		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
33		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
34		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
35		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
36		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
37		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
38		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
39		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
40		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
41		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
42		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
43		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
44		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
45		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
46		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
47		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
48		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
49		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
50		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
51		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
52		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
53		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
54		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
55		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
56		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
57		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
58		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
59		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
60		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
61		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
62		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
63		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
64		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
65		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
66		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
67		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
68		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
69		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
70		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
71		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
72		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
73		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
74		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
75		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
76		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
77		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
78		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
79		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
80		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
81		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
82		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
83		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
84		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
85		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
86		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
87		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
88		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
89		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
90		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
91		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
92		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
93		21/08/2019		19:48		19:48		22		0030711010		001	
94													

Paciente: 86982 - NATHALIA BUENO LUZ
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 21/08/2019
Data de Emissão: 22/08/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Joelho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
SEM LESÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO MÉTODO


Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM - 18.652

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 21/08/2019		5 - Senha									
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome NATHALIA BUENO LUZ							
8 - Número da Carteira											
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia									
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Guilherme Kassab Siqueira Ortopedista CRM - 18.652	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/08/2019		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804062		26 - Descrição JOELHO - AXIAL							
1											
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 1 21/08/2019		37 - Hora Inicial 19:31		38 - Hora Final a 19:31		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804062		41 - Descrição JOELHO - AXIAL	
2											
3											
4											
5											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - Seq.Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 02713099978		51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 18652	
										54 - UF 41	
										55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 21/08/2019		3		4		5		6		7	
2											
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 72,00		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\$) 72,00										66 - 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 	
										71 - Assinatura do Contratado 	
										72 - Assinatura do Contratado 	
										73 - Assinatura do Contratado 	
										74 - Assinatura do Contratado 	
										75 - Assinatura do Contratado 	
										76 - Assinatura do Contratado 	
										77 - Assinatura do Contratado 	
										78 - Assinatura do Contratado 	
										79 - Assinatura do Contratado 	
										80 - Assinatura do Contratado 	
										81 - Assinatura do Contratado 	
										82 - Assinatura do Contratado 	
										83 - Assinatura do Contratado 	
										84 - Assinatura do Contratado 	
										85 - Assinatura do Contratado 	
										86 - Assinatura do Contratado 	
										87 - Assinatura do Contratado 	
										88 - Assinatura do Contratado 	
										89 - Assinatura do Contratado 	
										90 - Assinatura do Contratado 	
										91 - Assinatura do Contratado 	
										92 - Assinatura do Contratado 	
										93 - Assinatura do Contratado 	
										94 - Assinatura do Contratado 	
										95 - Assinatura do Contratado 	
										96 - Assinatura do Contratado 	
										97 - Assinatura do Contratado 	
										98 - Assinatura do Contratado 	
										99 - Assinatura do Contratado 	
										100 - Assinatura do Contratado 	
										101 - Assinatura do Contratado 	
										102 - Assinatura do Contratado 	
										103 - Assinatura do Contratado 	
										104 - Assinatura do Contratado 	
										105 - Assinatura do Contratado 	
										106 - Assinatura do Contratado 	
										107 - Assinatura do Contratado 	
										108 - Assinatura do Contratado 	
										109 - Assinatura do Contratado 	
										110 - Assinatura do Contratado 	
										111 - Assinatura do Contratado 	
										112 - Assinatura do Contratado 	
										113 - Assinatura do Contratado 	
										114 - Assinatura do Contratado 	
										115 - Assinatura do Contratado 	
										116 - Assinatura do Contratado 	
										117 - Assinatura do Contratado 	
										118 - Assinatura do Contratado 	
										119 - Assinatura do Contratado 	
										120 - Assinatura do Contratado 	
										121 - Assinatura do Contratado 	
										122 - Assinatura do Contratado 	
										123 - Assinatura do Contratado 	
										124 - Assinatura do Contratado 	
										125 - Assinatura do Contratado 	
										126 - Assinatura do Contratado 	
										127 - Assinatura do Contratado 	
										128 - Assinatura do Contratado 	
										129 - Assinatura do Contratado 	
										130 - Assinatura do Contratado 	
										131 - Assinatura do Contratado 	
										132 - Assinatura do Contratado 	
										133 - Assinatura do Contratado 	
										134 - Assinatura do Contratado 	
										135 - Assinatura do Contratado 	
										136 - Assinatura do Contratado 	
										137 - Assinatura do Contratado 	
										138 - Assinatura do Contratado 	
										139 - Assinatura do Contratado 	
										140 - Assinatura do Contratado 	
										141 - Assinatura do Contratado 	
										142 - Assinatura do Contratado 	
										143 - Assinatura do Contratado 	
										144 - Assinatura do Contratado 	
										145 - Assinatura do Contratado 	
										146 - Assinatura do Contratado 	
										147 - Assinatura do Contratado 	
										148 - Assinatura do Contratado 	
										149 - Assinatura do Contratado 	
										150 - Assinatura do Contratado 	
										151 - Assinatura do Contratado 	
										152 - Assinatura do Contratado 	
										153 - Assinatura do Contratado 	
										154 - Assinatura do Contratado 	
										155 - Assinatura do Contratado 	
										156 - Assinatura do Contratado 	
										157 - Assinatura do Contratado 	
										158 - Assinatura do Contratado 	
										159 - Assinatura do Contratado 	
										160 - Assinatura do Contratado 	
										161 - Assinatura do Contratado 	
										162 - Assinatura do Contratado 	
										163 - Assinatura do Contratado 	
										164 - Assinatura do Contratado 	
										165 - Assinatura do Contratado 	
										166 - Assinatura do Contratado 	
										167 - Assinatura do Contratado 	
										168 - Assinatura do Contratado 	
										169 - Assinatura do Contratado 	
										170 - Assinatura do Contratado 	
										171 - Assinatura do Contratado 	
										172 - Assinatura do Contratado 	
										173 - Assinatura do Contratado 	
										174 - Assinatura do Contratado 	
										175 - Assinatura do Contratado 	
										176 - Assinatura do Contratado 	
										177 - Assinatura do Contratado 	
										178 - Assinatura do Contratado 	
										179 - Assinatura do Contratado 	
										180 - Assinatura do Contratado 	
										181 - Assinatura do Contratado 	
										182 - Assinatura do Contratado 	

Dr. Guilherme



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO			
NOME COMPLETO DO ALUNO:		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:			
Durante o treino aconteceu o choque com outro colega no pulso.			
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:			
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

laçã

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: Notahio Bueno Luz
DATA DA OCORRÊNCIA: 21/03/19 DATA DO ATENDIMENTO: 21/03/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 | 30111010 | 40804062

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.

Doença Esportiva
Acum. Lesões sobre joelhos direitos
Contusão joelhos
enfartamento compressão

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?

HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

21/08/19

DATA

Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM 18652

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
87966	OLAVO DE MEDEIROS RECHE	16/12/2008	ADVENTISTA

Segurado : OLAVO DE MEDEIROS RECHE Médico : 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI Matrícula : Guia :

Ambulatório : PADRÃO

C.I.D : Z47.8 - Outros seguimentos ortopédicos especificados
Tratamento Principal : 10101012 - Consulta Em consultório (no horário normal ou pree
Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 06/11/19 - 08:12

CRM Médico		CPF	Empresa						CNPJ
Procedimento		Tipo do Ato	%	Qtde	Qtde. CH	Valor CH	Valor	CH	Total
25663	TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
10101012	Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00	1	0,00	0,000			100,00
25663	TIAGO AUGUSTO COLFERAI	51.362.469-44							
30728134	Lesões ligamentar tornozelo - redução	Clínico	100,00	1	0,00	0,000			0,00
Valor Total de Honorários:									100,00
Valor Total da Conta:									148,00

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

OLAVO DE MEDEIROS RECHE

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

06/11/2019 08:12

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Olavo de Medeiros Reche

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

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	
4 - Data da Autorização 06/11/2019		5 - Senha		10 - Nome OLAVO DE MEDEIROS RECHE		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Tiago Augusto Colferai</i>	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		27 - Qtde. Solic 001		28 - Qtde. Aut.	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		31 - Código CNES 2686988			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/11/2019		23 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic		28 - Qtde. Aut.			
1 22		0030728134		LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA		001		001			
2											
3											
4											
5											
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
29 - Código na Operadora 80242746000140		36 - Data 06/11/2019		37 - Hora Inicial 08:30		38 - Hora Final 08:30		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0030728134	
Dados do Atendimento		41 - Descrição LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA		42 - Qtde 001		43 - Via 001		44 - Tec. 001		45 - Fator Red./Acresc 1,00	
36 - Data 06/11/2019		37 - Hora Inicial 08:30		38 - Hora Final 08:30		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0030728134		41 - Descrição LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	
1		a		a		a		a		a	
2		a		a		a		a		a	
3		a		a		a		a		a	
4		a		a		a		a		a	
5		a		a		a		a		a	
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 - Conselho Profissional		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa REALIZO TRATAMENTO INCRUENTO DE LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2 COM ESTABILIZADOR DE TORNOZELO	
1		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		101		102	
103		104		105		106		107		108	
109		110		111		112		113		114	
115		116		117		118		119		120	
121		122		123		124		125		126	
127		128		129		130		131		132	
133		134		135		136		137		138	
139		140		141		142		143		144	
145		146		147		148		149		150	
151		152		153		154		155		156	
157		158		159		160		161		162	
163		164		165		166		167		168	
169		170		171		172		173		174	
175		176		177		178		179		180	
181		182		183		184		185		186	
187		188		189		190		191		192	
193		194		195		196		197		198	
199		200		201		202		203		204	
205		206		207		208		209		210	
211		212		213		214		215		216	
217		218		219		220		221		222	
223		224		225		226		227		228	
229		230		231		232		233		234	
235		236		237		238		239		240	
241		242		243		244		245		246	
247		248		249		250		251		252	
253		254		255		256		257		258	
259		260		261		262		263		264	
265		266		267		268		269		270	
271		272		273		274		275		276	
277		278		279		280		281		282	
283		284		285		286		287		288	
289		290		291		292		293		294	
295		296		297		298		299		300	
301		302		303		304		305		306	
307		308		309		310		311		312	
313		314		315		316		317		318	
319		320		321		322		323		324	
325		326		327		328		329		330	
331		332		333		334		335		336	
337		338		339		340		341		342	
343		344		345		346		347		348	
349		350		351		352		353		354	
355		356		357		358		359		360	
361		362		363		364		365		366	
367		368		369		370		371		372	
373		374		375		376		377		378	
379		380		381		382		383		384	
385		386		387		388		389		390	
391		392		393		394		395		396	
397		398		399		400		401		402	
403		404		405		406		407		408	
409		410		411		412		413		414	
415		416		417		418		419		420	
421		422		423		424		425		426	
427		428		429		430		431		432	
433		434		435		436		437		438	
439		440		441		442		443		444	
445		446		447		448		449		450	
451		452		453		454		455		456	
457		458		459		460		461		462	
463		464		465		466		467		468	
469		470		471		472		473		474	
475		476		477		478		479		480	
481		482		483		484		485		486	
487		488		489		490		491		492	
493		494		495		496		497		498	
499		500		501		502		503		504	
505		506		507		508		509		510	
511		512		513		514		515		516	
517		518		519		520		521		522	
523		524		525		526		527		528	
529		530		531		532		533		534	
535		536		537		538		539		540	
541		542		543		544		545		546	
547		548		549		550		551		552	
553		554		555		556		557		558	
559		560		561		562		563		564	
565		566		567		568		569		570	
571		572		573		574		575		576	
577		578		579		580		581		582	
583		584		585		586		587		588	
589		590		591		592		593		594	
595		596		597		598		599		600	
601		602		603		604		605		606	
607		608		609		610		611		612	
613		614		615		616		617		618	
619		620		621		622		623		624	
625		626		627		628		629		630	
631		632		633		634		635		636	
637		638		639		640		641		642	
643		644		645		646		647		648	
649		650		651		652		653		654	
655		656		657		658		659		660	
661		662		663		664		665		666	
667		668		669		670		671		672	
673		674		675		676		677		678	
679		680		681		682		683		684	
685		686		687		688		689		690	
691		692		693		694		695		696	
697		698		699		700		701		702	
703		704		705		706		707		708	
709		710		711		712		713		714	
715		716		717		718		719		720	
721		722		723		724		725		726	
727		728		729		730		731		732	
733		734		735		736		737		738	
739		740		741		742		743		744	
745		746		747		748		749		750	
751		752		753		754		755		756	
757		758		759		760		761		762	
763		764		765		766		767		768	
769		770		771		772		773		774	
775		776		777		778		779		780	
781		782		783		784		785		786	
787		788		789		790		791		792	
793		794		795		796		797		798	
799		800		801		802		803		804	
805		806		807		808		809		810	
811		812		813		814		815		816	
817		818		819		820		821		822	
823		824		825		826		827		828	
829		830		831		832		833		834	
835		836		837		838		839		840	
841		842		843		844		845		846	
847		848		849		850		851		852	
853		854		855		856		857		858	
859		860		861		862		863		864	
865		866		867		868		869		870	
871		872		873		874		875		876	
877		878		879		880		881		882	

Paciente: 87966 - OLAVO DE MEDEIROS RECHE

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 06/11/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

Lado(s): Esquerdo

LAUDO: APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO



Dr. Tiago Augusto Colferai

Ortopedista
CRM - 25.663

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 06/11/2019		5 - Senha		10 - Nome OLAVO DE MEDEIROS RECHE		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Tiago Augusto Colferai</i> Ortopedista CRM - 25.663	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25663		21 - Caráter do Atendimento 1	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/11/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
2		3		4		5		27 - Qtd. Solic 001		28 - Qtd. Aut. 2866988	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 2686988			
29 - Código na Operadora 80242746000140		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		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 06/11/2019		37 - Hora Inicial 08:16		38 - Hora Final 08:16		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804089	
1		2		3		4		5		41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
2		3		4		5		6		7	
3		4		5		6		7		8	
4		5		6		7		8		9	
5		6		7		8		9		10	
6		7		8		9		10		11	
7		8		9		10		11		12	
8		9		10		11		12		13	
9		10		11		12		13		14	
10		11		12		13		14		15	
11		12		13		14		15		16	
12		13		14		15		16		17	
13		14		15		16		17		18	
14		15		16		17		18		19	
15		16		17		18		19		20	
16		17		18		19		20		21	
17		18		19		20		21		22	
18		19		20		21		22		23	
19		20		21		22		23		24	
20		21		22		23		24		25	
21		22		23		24		25		26	
22		23		24		25		26		27	
23		24		25		26		27		28	
24		25		26		27		28		29	
25		26		27		28		29		30	
26		27		28		29		30		31	
27		28		29		30		31		32	
28		29		30		31		32		33	
29		30		31		32		33		34	
30		31		32		33		34		35	
31		32		33		34		35		36	
32		33		34		35		36		37	
33		34		35		36		37		38	
34		35		36		37		38		39	
35		36		37		38		39		40	
36		37		38		39		40		41	
37		38		39		40		41		42	
38		39		40		41		42		43	
39		40		41		42		43		44	
40		41		42		43		44		45	
41		42		43		44		45		46	
42		43		44		45		46		47	
43		44		45		46		47		48	
44		45		46		47		48		49	
45		46		47		48		49		50	
46		47		48		49		50		51	
47		48		49		50		51		52	
48		49		50		51		52		53	
49		50		51		52		53		54	
50		51		52		53		54		55	
51		52		53		54		55		56	
52		53		54		55		56		57	
53		54		55		56		57		58	
54		55		56		57		58		59	
55		56		57		58		59		60	
56		57		58		59		60		61	
57		58		59		60		61		62	
58		59		60		61		62		63	
59		60		61		62		63		64	
60		61		62		63		64		65	
61		62		63		64		65		66	
62		63		64		65		66		67	
63		64		65		66		67		68	
64		65		66		67		68		69	
65		66		67		68		69		70	
66		67		68		69		70		71	
67		68		69		70		71		72	
68		69		70		71		72		73	
69		70		71		72		73		74	
70		71		72		73		74		75	
71		72		73		74		75		76	
72		73		74		75		76		77	
73		74		75		76		77		78	
74		75		76		77		78		79	
75		76		77		78		79		80	
76		77		78		79		80		81	
77		78		79		80		81		82	
78		79		80		81		82		83	
79		80		81		82		83		84	
80		81		82		83		84		85	
81		82		83		84		85		86	
82		83		84		85		86		87	
83		84		85		86		87		88	
84		85		86		87		88		89	
85		86		87		88		89		90	
86		87		88		89		90		91	
87		88		89		90		91		92	
88		89		90		91		92		93	
89		90		91		92		93		94	
90		91		92		93		94		95	
91		92		93		94		95		96	
92		93		94		95		96		97	
93		94		95		96		97		98	
94		95		96		97		98		99	
95		96		97		98		99		100	
96		97		98		99		100		101	
97		98		99		100		101		102	
98		99		100		101		102		103	
99		100		101		102		103		104	
100		101		102		103		104		105	
101		102		103		104		105		106	
102		103		104		105		106		107	
103		104		105		106		107		108	
104		105		106		107		108		109	
105		106		107		108		109		110	
106		107		108		109		110		111	
107		108		109		110		111		112	
108		109		110		111		112		113	
109		110		111		112		113		114	
110		111		112		113		114		115	
111		112		113		114		115		116	
112		113		114		115		116		117	
113		114		115		116		117		118	
114		115		116		117		118		119	
115		116		117		118		119		120	
116		117		118		119		120		121	
117		118		119		120		121		122	
118		119		120		121		122		123	
119		120		121		122		123		124	
120		121		122		123		124		125	
121		122		123		124		125		126	
122		123		124		125		126		127	
123		124		125		126		127		128	
124		125		126		127		128		129	
125		126		127		128		129		130	
126		127		128		129		130		131	
127		128		129		130		131		132	
128		129		130		131		132		133	
129		130		131		132		133		134	
130		131		132		133		134		135	
131		132		133		134		135		136	
132		133		134		135		136		137	
133		134		135		136		137		138	
134		135		136		137		138		139	
135		136		137		138		139		140	
136		137		138		139		140		141	
137		138		139		140		141		142	
138		139		140		141		142		143	
139		140		141		142		143		144	
140		141		142		143		144		145	
141		142		143		144		145		146	
142		143		144		145		146		147	
143		144		145		146		147		148	
144		145		146		147		148		149	
145		146		147		148		149		150	
146		147		148		149		150		151	
147		148		149		150		151		152	
148		149		150		151		152		153	
149		150		151		152		153		154	
150		151		152		153		154		155	
151		152		153		154		155		156	
152		153		154		155		156		157	
153		154		155		156		157		158	
154		155		156		157		158		159	
155		156		157		158		159		160	
156		157		158		159		160		161	
157		158		159		160		161		162	
158		159		160		161		162		163	
159		160		161		162		163		164	
160		161		162		163		164		165	
161		162		163		164		165		166	
162		163		164		165		166		167	
163		164		165		166		167		168	
164		165		166		167		168		169	
165		166		167		168		169		170	
166		167		168		169		170		171	
1											



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

Dr. Tiago

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <i>Olavo de Medeiros Reche</i>		Nº DA MATRÍCULA: <i>3354</i>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <i>Escola Adventista</i>		TELEFONE: <i>(42) 3224-9142</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Tiradentes nº 500</i>		CIDADE: <i>Ponta Grossa</i>	UF: <i>PR</i>
DATA DA OCORRÊNCIA: <i>06/11/2019</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>7h15</i>			
LOCAL ONDE OCORREU: <i>Pátio</i>			
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <i>O aluno Olavo foi descer o degrau, se desequilibrou e caiu. Ao cair virou o pé.</i>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <i>Estee Nemi Oliveira de Lima</i>		TELEFONE: <i>(42) 9903-0039</i>	
NOME:		TELEFONE:	
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS? <i>Estee Nemi O. de Lima</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 Júlia da Costa, 1447 / Bigorrrilho / 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL)

NOME DO BENEFICIÁRIO

Ilavo de medeiros Reche

DATA DA OCORRÊNCIA

06/11/19

DATA DO ATENDIMENTO

06/11/19

DIAGNÓSTICO

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

10101012 | 30728134 | 40804089

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

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

TORÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO AO DESCE DE GRAU

MOBILIDADE DE TORNOZELO PRESERVADA. EDEMA + /4

LEVE DOR LATERAL

Rx Sem sinais de fratura evidentes

LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2

CONDUTA: ESTABILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIENTAÇÕES + RETORNO em 2 SEMANAS

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?

4 SEMANAS

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

7 SEMANAS

HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

Não

OBSERVAÇÕES

NOME DO MÉDICO

CRM/CRO:

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE:

P. Grossa

LOCAL

DATA

06/11/19

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e CARIMBO DO MÉDICO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Olavo de Medeiros Reche
Nº da Carteira: 3.23.3354
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 16/12/2008

Nº da Guia: 1960

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/11/2019	07:15:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Pé Esquerdo

Descrição

O aluno Olavo foi descer o degrau, se desequilibrou e caiu. Ao cair virou o pé.

Testemunha da ocorrência

Ester de Lima

Telefone

(42) 99903-0039

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Registro retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

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

Tratamento Principal :

Outros Tratamentos :

Data do Atendimento: 21/08/19 - 08:47

CRM Médico

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

Valor Total de Honorários: 100,00

Valor Total da Conta: 148,00

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

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Evolução Médica

Data: 20/11/2019

Pag.: 1

Ficha: 85179

Paciente: PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA

Data Nasc.: 17/12/2012 Idade: 006.11.03

Data: 21/08/2019 Hora: 8:47 Médico: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

VEM PARA CONTROLE. MOBILIDADE NORMAL. BOM ALINHAMENTO

40803104 - ANTEBRAÇO= REMODELAÇÃO DA FRATURA.

COND= ALTA.

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
00370038722015 - Validade da Carteira
31/12/20206 - Atendimento a RN
[N]7 - Nome
PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
939115 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[9]18 - Data do Atendimento
21/08/2019 11:4119 - Tipo de Consulta
320 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 9391

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 85179 - PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA

Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Data Exame: 21/08/2019

Data de Emissão: 22/08/2019

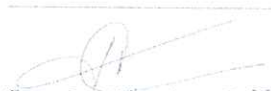
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

REMODELAÇÃO DA FRATURA.



Dr. Francisco Henrique Caldeira

Ortopedista
CRM - 9.391

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

ADVENTISTA

3 - Número da Guia Principal 000000		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 21/08/2019		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA		17 - Número no Conselho 9391		18 - UF PR		19 - Código CBO	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0037003872201		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome PABLO ARTHUR NATEL DA SILVA		17 - Número no Conselho 9391		18 - UF PR	
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		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Francisco Henrique Caldeira</i> Ortopedista CRM - 9.391	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/08/2019		23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora 80242746000140		31 - Código CNES 2686988	
Dados do Contratado Executante		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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 21/08/2019		37 - Hora Inicial 08:47		38 - Hora Final a 08:47		39 - Tabela a 22		40 - 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 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - 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 - 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\$) 48,00	
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	

De Olatos.

11.0

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Pablo De Thun Noto de Silva</u>		Nº DA MATRÍCULA:	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:		CIDADE:	UF:
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>21/08/19</u>	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:	DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <u>X Pablo brincava em um banco no pátio da escola, quando veio cair de noventa, em cima do braço direito, vindo a fraturar.</u>		
LOCAL ONDE OCORREU:			
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

Deborah M. de S.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pablo Arthur Natel da Silva
Nº da Carteira: 3.23.3681
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 17/12/2012

Nº da Guia: 1958

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2019	08:00:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Braço Direito

Descrição

Pablo brincava em um banco no pátio da escola quando veio cair em cima do braço direito vindo a fraturar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(42) 3224-9142

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Registro retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha:	Paciente:	Data Nascimento:	Convênio:
87542	SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ	12/11/2012	ADVENTISTA

Segurado : SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ 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: 22/10/19 - 17:42

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 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico	100,00	1	0,00	0,000	100,00	
Valor Total de Honorários:						100,00	
Valor Total da Conta:						148,00	

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedia
CNPJ 80.242.746/00

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome
SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1657015 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
22/10/2019 17:4219 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

Paciente: 87542 - SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 22/10/2019

Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803090 - COTOVELO - controle de fratura supracondiliana em cotovelo



Dr. Jociel José Solieri

Ortopedista
CRM - 25.175

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 22/10/2019	5 - Senha

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

- Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
----------------------	--------------------------

10 - Nome
SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ

11 - Cartão Nacional de Saúde12-Atendimento a RN
I N I

Dados do Solicitante

3 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante OCIEL JOSE SOLIERI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16570	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		Dr. Jociel José Solteri	
Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	Ortopedista	
	23 - Indicação Clínica	MM-25-175	

1	22/10/2019	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
22	0040803090	COTOVELO
	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
	001	

[illegible]

Dados do Contratado Executante		
- Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2886988

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

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
Sq. 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	69680469872	JOCIEL JOSE SOLIERI	06	16570	41	225270

Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1	22/10/2019								
2	__/__/__								
3	__/__/__								
4	__/__/__								
5	__/__/__								
6	__/__/__								
7	__/__/__								
8	__/__/__								
9	__/__/__								
10	__/__/__								

Observação / Justificativa

Clínica Pontagrossense de Fraturas e					
Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ortopedias Ltda. CNPJ 80.242.746/0001-40					

Assinatura do Responsável pela Autorização	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Assinatura do Contratado
		

Dr. Joziel

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS

NOME COMPLETO DO ALUNO:

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

ENDEREÇO:

Nº DA MATRÍCULA:

TELEFONE:

CIDADE:

UF:

DATA DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DO ACIDENTE:

ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:

HORÁRIO DO ACIDENTE:

LOCAL ONDE OCORREU:

- () ATROPELAMENTO
() BRIGA
() CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO
() CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA
() CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO
() CORPO ESTRANHO
() QUEIMADURA
() QUEDA
() TORÇÃO
() TRAUMA
() TRAUMA COM BOLA

- () 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?

() OUTROS
QUAL?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

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

Dr. Joziel

Risc Sistemas em Saúde - www.riscinformatica.com.br

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Evolução Médica

Data: 21/11/2019

Pag.: 1

Ficha: 87542

Paciente: SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ

Data Nasc.: 12/11/2012

Idade: 007.00.09

Data: 02/10/2019

Hora: 18:28

Médico: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

TRAUMA NO COTOVELO ESQ HÁ 1 DIA

DOR E EDEMA

DOR NO CONDILO LATERAL

40803090 - COTOVELO FRATURA SUPRACONDILEANA DO UMEROS DISTAL SEM DESVIO

Lado(s): Esquerdo

CD TALA GESSADA

RETORNO EM 3 SEMANAS RX SEM TALA DO COTOVELO

- Tala Gessada - Membro superior

- Fraturas / luxações cotovelo - redução incruenta

Receituário:

Profenid gotas 1 frasco Frasco => USO Interno

Dê 23 gts VO de 8/8 horas (APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR), por 5 dias.

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25175

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

02/10/2019 17:50

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Dante L. Gubert Jr.

Ortopedista
CRM 25.175

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

2 - Nº da Guia do Prestador

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Gases Medicinais (R\$)

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

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Contratado

284 - Assinatura do Contratado

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura

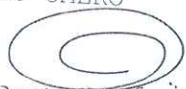
Paciente: 87542 - SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 02/10/2019
Data de Emissão: 20/11/2019

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803090 - COTOVELO FRATURA SUPRACONDILEANA DO UMERU
DISTAL SEM DESVIO
Lado(s): Esquerdo


Dr. Dante L. Gubert Jr.
Ortopedista
CRM - 25.175

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	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 02/10/2019	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ	17 - Número no Conselho 25175	18 - UF PR	19 - Código CBO
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome SOFIA KOSLOSKI SCHWARTZ	11 - Número no Conselho 25175	12 - UF PR	13 - Código CBO	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
Dados do Solicitante						
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25175	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
22 - Caracter do Atendimento 1	23 - Data da Solicitação 02/10/2019	24 - Indicação Clínica 25 - Descrição COTOVELO	26 - Descrição COTOVELO	27 - Qtd. Solic 001	28 - Qtd. Aut.	29 - Qtd. Aut.
1	2	3	4	5	6	7
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2686988	32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 02/10/2019	37 - Hora Inicial 17:56	38 - Hora Final 18:27	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803090	41 - Descrição COTOVELO	42 - Qtd 001
1	2	3	4	5	6	7
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq.Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 00484351982	51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25175	54 - UF 41
55 - Código CBO 225270						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1	2	3	4	5	6	7
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 (R\$) 0,00						
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
67 - Assinatura do Contratado						
68 - Assinatura do Contratado						
69 - Assinatura do Contratado						
70 - Assinatura do Contratado						
71 - Assinatura do Contratado						
72 - Assinatura do Contratado						
73 - Assinatura do Contratado						
74 - Assinatura do Contratado						
75 - Assinatura do Contratado						
76 - Assinatura do Contratado						
77 - Assinatura do Contratado						
78 - Assinatura do Contratado						
79 - Assinatura do Contratado						
80 - Assinatura do Contratado						
81 - Assinatura do Contratado						
82 - Assinatura do Contratado						
83 - Assinatura do Contratado						
84 - Assinatura do Contratado						
85 - Assinatura do Contratado						
86 - Assinatura do Contratado						
87 - Assinatura do Contratado						
88 - Assinatura do Contratado						
89 - Assinatura do Contratado						
90 - Assinatura do Contratado						
91 - Assinatura do Contratado						
92 - Assinatura do Contratado						
93 - Assinatura do Contratado						
94 - Assinatura do Contratado						
95 - Assinatura do Contratado						
96 - Assinatura do Contratado						
97 - Assinatura do Contratado						
98 - Assinatura do Contratado						
99 - Assinatura do Contratado						
100 - Assinatura do Contratado						

Dr. Dante



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Júlia Kosloski Schwartz</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>3658</u>	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Escola Adventista Porto Fozes</u>		TELEFONE: <u>3224-9192</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Trindades - 500</u>		CIDADE: <u>Porto Fozes</u>	UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>02/10</u>	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:	
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>17h</u>	☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☒ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA	☒ 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	
LOCAL ONDE OCORREU: <u>Quadra</u>	☒ QUESADA ☐ TORÇÃO ☒ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS	☐ QUAL?	
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
<u> Durante a aula a aluna caiu em cima</u>			
<u>do braço</u>			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:			
NOME: <u>professora</u>		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 / Bigorrião / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576
 am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Kosloski Schwartz

Nº da Carteirinha: 3.23.3658

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/11/2012

Nº da Guia: 1957



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2019	17:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Direito, Braço Esquerdo

Descrição
Durante a aula a aluna caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora	(42) 3224-9142

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Registro retroativo.

Ass.: _____

Gabriel Milani

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

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

HONORÁRIOS MÉDICOS - CONTA AMBULATORIAL

Nº da Ficha: 87432 Paciente: VITORIA CANDIDO ELEUTERIO Data Nascimento: 28/02/2014 Convênio: ADVENTISTA

Segurado : VITORIA CANDIDO ELEUTERIO Médico : 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI Matrícula : 11 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: 24/09/19 - 17:36

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 Consulta Em consultório (no horário normal	Clínico		100,00	1	0,00	0,000		100,00
16570 JOCIEL JOSE SOLIERI	696.804.699-72							
30720109 Fratura / luxações antebraço - redução	Clínico		100,00	1	0,00	0,000		0,00
Valor Total de Honorários:								100,00
Valor Total da Conta:								284,60

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

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA

Evolução Médica

Data: 21/11/2019

Pag.: 1

Ficha: 87432

Paciente: VITORIA CANDIDO ELEUTERIO

Data Nasc.: 28/02/2014 Idade: 005.08.24

Data: 24/09/2019 Hora: 17:43 Médico: JOCIEL JOSE SOLIERI

Queda com trauma em punho D

40803104 - ANTEBRAÇO -fratura subperiosteal de rádio distal

Lado(s): Direito

Cond: imobilizo por 2 semanas

- Fratura / luxações antebraço - redução incruenta

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

11

5 - Validade da Carteira

11/11/2019

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

VITORIA CANDIDO ELEUTERIO

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16570

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

24/09/2019 17:36

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Jociel José Solieri

Ortopedista
CRM - 25.173

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV
4 - Data da Autorização 24/09/2019	5 - Senha	10 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO	11 - UF PR	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270
8 - Número da Carteira 11	9 - Validade da Carteira 11/11/2019	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
Dados do Solicitante					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 1					
22 - Data da Solicitação 24/09/2019					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 22					
25 - Código do Procedimento 0030720109					
26 - Descrição FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA					
27 - Qrde. Solic 001					
28 - Qrde. Aut.					
29 - Código na Operadora 80242746000140					
30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA					
31 - Código CNES 2686988					
32 - Tipo de Atendimento 04					
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)					
34 - Tipo de Consulta 3					
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
36 - Data 24/09/2019					
37 - Hora Inicial 17:56					
38 - Hora Final a					
39 - Tabela 22					
40 - Código do Procedimento 0030720109					
41 - Descrição FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA					
42 - Qrde 001					
43 - Via					
44 - Tec.					
45 - Fator Red./Acresc 1,00					
46 - Valor Unitário (R\$) 153,00					
47 - Valor Total (R\$) 153,00					
48 - Seq. Ref					
49 - Grau Part.					
50 - Código na Operadora/CPF					
51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Profissional					
53 - Número no Conselho					
54 - UF					
55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observação / Justificativa TTO conservador de fratura de rádio distal com luva de gesso					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 153,00					
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 Gases Médicinas (R\$) 0,00					
64 - Total Geral (R\$) 153,00					
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
66 - Assinatura do Contratado					

Paciente: 87432 - VITORIA CANDIDO ELEUTERIO
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 24/09/2019
Data de Emissão: 20/11/2019

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO - fratura subperiosteal de rádio distal
Lado(s): Direito



Dr. Jociel José Solieri

Ortopedista
CRM - 25.175

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

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 24/09/2019		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 11/11/2019		10 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11		9 - Validade da Carteira 11/11/2019		10 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO					
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	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 24/09/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803104	
								26 - Descrição ANTEBRAÇO			
								27 - Qtdde. Solic 001		28 - Qtdde. 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 1		37 - Hora Inicial 17:43		38 - Hora Final a		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803104	
										41 - Descrição ANTEBRAÇO	
										42 - Qtdde 001	
										43 - Via 1,00	
										44 - Tec. 48,00	
										45 - Fator Red./Acresc 48,00	
										46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
										47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI		52 - Conselho Profissional 06	
										53 - Número no Conselho 16570	
										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 - 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 0,00	
										65 - Assinatura do Contratado CNPJ 80.242.746/0001-40	
										66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

CODIGOS DA AMB/CBHPM USADOS PARA O TRATAMENTO:

DESCRISÃO 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 DESCRIVER 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:
NENHUMA
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL
INCAPACITAÇÃO TEMPORÁRIA
() INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL
() MORTE

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

24/09/19

DATA

Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 16570

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO