AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Lopes Sasso
Nº da Carteirinha: 3.23.4578
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 10/01/2013 | **Nº da Guia:** 9843

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/03/2023	08:13:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante a aula, o aluno esmagou o dedo mínimo da mão direta entre as carteiras.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Silmara Pedroso	9921-7636

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduíno Taques	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
Foi comunicado os responsáveis e encaminhado o aluno para a Clinica Pontagrossense.

Ass.: _____

Simone Ribas Schrott

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatorio detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS: 000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira: 3234578

5 - Validade da Carteira:

6 – Atendimento a RN: N

8 - Cartão Nacional de Saúde:

7 – Nome: DAVI LOPES SASSO

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora: 000001

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

11 - Código CNES: 2686988

12 - Nome do Profissional Executante: 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: 03/03/2023 00:00

19 - Tipo de Consulta: 1

20 - Tabela: 22

21 - Código do Procedimento: 0010101012

22 - Valor do Procedimento: 100,00

23 - Observação / Justificativa:

24 - Assinatura do Profissional Executante: Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: Francielle Sasso

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
03/03/2023			

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN
3234578		DAVI LOPES SASSO		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO	06	16598	PR	225270	Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	03/03/2023	Contusão 3º, 4º e 5º QDD

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
2	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
3	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	3	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	03/03/2023	09:09	a	09:09	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00	8,00
2	03/03/2023	09:09	a	09:09	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00	8,00
3	03/03/2023	09:09	a	09:09	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00	8,00
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

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

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

1	__/__/____	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58-Observação / Justificativa

tto conservador.

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Danielle Sasso	

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada
000000	

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES
000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	2686988

Despesas Realizadas

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial		9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red../ Acresc	15 - Valor Unitário - R$	16 - Valor Total – R$
	17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento	
01	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1.8										
02	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1.8										
03	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1.8										
04	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
	20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1.8 m										
05	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
	20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1.8 m										
06	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
	20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1.8 m										
07	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
	20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25										
08	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
	20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25										
09	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
	20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25										
10	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
	20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										

21 - Total de Gases	22 - Total de Medicamentos	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada
000000	

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES
000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	2686988

Despesas Realizadas

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial		9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red../ Acresc	15 - Valor Unitário - R$	16 - Valor Total – R$
		17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento	
01	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
	20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
02	03	03/03/2023	09:09	a	09:09	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
	20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
03	07	03/03/2023	09:09	a	09:09	18	60000465	3,00	36	1	23,18	69,54
	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
04				a								
	20 - Descrição											
05				a								
	20 - Descrição											
06				a								
	20 - Descrição											
07				a								
	20 - Descrição											
08				a								
	20 - Descrição											
09				a								
	20 - Descrição											
10				a								
	20 - Descrição											

21 - Total de Gases	22 - Total de Medicamentos	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0,00	0,00	191,22	0,00	69,54	0,00	260,76

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 03/03/2023
Data de Emissão: 06/03/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS 3°, 4° e 5° QDD AP e P

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS: 000000
3 – Número da Guia Principal:
4 - Data da Autorização: 03/03/2023
5 - Senha:
6 - Data de Validade da Senha:
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 3234578
9 - Validade da Carteira:
10 - Nome: DAVI LOPES SASSO
11 - Cartão Nacional de Saúde:
12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 80242746000140
14 - Nome do Contratado: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
15 - Nome do Profissional Solicitante: MARCOS PAULO BAGGIO
16 - Conselho Profissional: 06
17 - Número no Conselho: 16598
18 – UF: PR
19 - Código CBO:
20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1
22 - Data da Solicitação: 03/03/2023
23 - Indicação Clínica:

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	03/03/2023	08:57	a 08:57	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001			1,00	48,00	48,00
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
1	1	12	92691510930	MARCOS PAULO BAGGIO	06	16598	41	225270

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

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

1 03/03/2023
2 __/__/____
3 __/__/____
4 __/__/____
5 __/__/____
6 __/__/____
7 __/__/____
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: X Franciele Sasso
68 - Assinatura do Contratado:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Pilar Ribas de Sousa Monteiro
Nº da Carteirinha: 3.23.4653
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 24/10/2012 | **Nº da Guia:** 9959

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2023	17:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando handebol na aula de ed. física e caiu ao chutar a bola e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 99925-6363
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ricardo	07/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduíno Taques	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações
O aluno estava jogando handebol na aula de ed. física e caiu ao chutar a bola e torceu o pé.

Ass.: _____

Gleciane Jansen

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal		
000000			
4 - Data da Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data de Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**
07/03/2023			

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN
9959		LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO		N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado				
80242746000140	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA				
15 - Nome do Profissional Solicitante	**16 - Conselho Profissional**	**17 - Número no Conselho**	**18 – UF**	**19 - Código CBO**	**20 - Assinatura do Profissional Solicitante**
CARLOS CEZAR WOZNIAKI	06	10145	PR	225270	Dr. Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	07/03/2023	lesão ligamentar tornozelo esquerdo necessita imobilização com enfaixamento

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0030728134	LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	3	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	07/03/2023	18:31	a	18:31	22	0030728134	LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001			1,00	88,00	88,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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	__/__/____	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____	9	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____	10	__/__/____

58 Observação / Justificativa

lesão ligamentar tornozelo esquerdo necessita imobilização com enfaixamento

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62- Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	88,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
		Dr. Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145

2 - Nº da Guia do Prestador 9959

GUIA DE CONSULTA

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 – Atendimento a RN N

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 9959

7 – Nome LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO

11 - Código CNES 2686988

15 - UF PR

16 - Código CBO 225270

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 000001

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

13 - Conselho Profissional 6

14 - Número no Conselho 10145

12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela 22

21 - Código do Procedimento 0010101012

22 - Valor do Procedimento 130,00

18 - Data do Atendimento 07/03/2023 00:00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada
000000	

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES
000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	2686988

Despesas Realizadas

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial		9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red../ Acresc	15 - Valor Unitário - R$	16 - Valor Total – R$
	17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento	
01	03	07/03/2023	18:31	a	18:31	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1.8										
02	03	07/03/2023	18:31	a	18:31	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
	20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25										
03	03	07/03/2023	18:31	a	18:31	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
	20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
04	03	07/03/2023	18:31	a	18:31	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
	20 - Descrição	LUVA PROCEDIMENTO G										
05	03	07/03/2023	18:31	a	18:31	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
	20 - Descrição	ATADURA CREPE 15X1.8										
06	07	07/03/2023	18:31	a	18:31	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
07				a								
	20 - Descrição											
08				a								
	20 - Descrição											
09				a								
	20 - Descrição											
10				a								
	20 - Descrição											

21 - Total de Gases	22 - Total de Medicamentos	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0,00	0,00	55,56	0,00	23,18	0,00	78,74

Paciente: 102719 - LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 07/03/2023
Data de Emissão: 08/03/2023

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 aumento volume de partes moles

lesão ligamentar tornozelo esquerdo enfaixamento

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador: 9959

1 - Registro ANS: 000000

3 – Número da Guia Principal:

4 - Data da Autorização: 07/03/2023

5 - Senha:

6 - Data de Validade da Senha:

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 9959

9 - Validade da Carteira:

10 - Nome: LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO

11 - Cartão Nacional de Saúde:

12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 80242746000140

14 - Nome do Contratado: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional: 06

17 - Número no Conselho: 10145

18 – UF: PR

19 - Código CBO:

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Dr. Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1

22 - Data da Solicitação: 07/03/2023

23 - Indicação Clínica:

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: 80242746000140

30 - Nome do Contratado: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CNES: 2686988

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento: 05

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

34 - Tipo de Consulta:

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	07/03/2023	18:14	a	18:14	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001			1,00	48,00	48,00
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
1	12	59294523934	CARLOS CEZAR WOZNIAKI	06	10145	41	225270

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

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

1 07/03/2023 _____ 3 __/__/____ _____ 5 __/__/____ _____ 7 __/__/____ _____ 9 __/__/____ _____

2 __/__/____ _____ 4 __/__/____ _____ 6 __/__/____ _____ 8 __/__/____ _____ 10 __/__/____ _____

58-Observação / Justificativa
ENTORSE TORNOZELO ESQ

Dr. Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145

59 - Total de Procedimentos (R$): 48,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$): 0,00

61 - Total de Materiais (R$): 0,00

62- Total de OPME (R$): 0,00

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

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

65 - Total Geral (R$): 48,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável:

68 - Assinatura do Contratado:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Valente Kulka
Nº da Carteirinha: 3.23.4663
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 06/04/2011 | **Nº da Guia:** 9845

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/03/2023	09:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de Educação Física o aluno caiu e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	429921-7636

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduíno Taques	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações

Foi comunicado a mãe e encaminhado o aluno para a clínica Pontagrossense.

Ass.: _____
Simone Ribas Schrott

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
9845

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234663

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 – Atendimento a RN
N

7 – Nome
PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
CLAUDIO MATTOS

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16878

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
03/03/2023 00:00

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Claudio Mattos
ortopedia
CRM 16878

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Maria Julia Valente

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS: 000000

3 – Número da Guia Principal:

4 - Data da Autorização: 03/03/2023

5 - Senha:

6 - Data de Validade da Senha:

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 3234663

9 - Validade da Carteira: 12/12/2025

10 - Nome: PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

11 - Cartão Nacional de Saúde:

12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 80242746000140

14 - Nome do Contratado: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante: CLAUDIO MATTOS

16 - Conselho Profissional: 06

17 - Número no Conselho: 0

18 – UF: PR

19 - Código CBO: 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Dr. Claudio Mattos Ortopedia CRM 16878

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1

22 - Data da Solicitação: 03/03/2023

23 - Indicação Clínica: S62.6- FARTURA DO 4° QRE, IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMÍNIO.

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0030722420	FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT	001	
2	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
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	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	03/03/2023	10:47	a	10:47	22	0030722420	FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT	001			1,00	54,00	54,00
2	03/03/2023	10:47	a	10:47	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00	8,00
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

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

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
S62.6- FARTURA DO 4° QRE, IMOBILIZAÇÃO COM TALA DE ALUMÍNIO.

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: Maria Josiha Valente

68 - Assinatura do Contratado:

CLÍNICA PONTAGROSSENSE
DE FRATURAS E ORTOPEDIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA

IMOBILIZAÇÃO DO 4° QRE COM TALA DE ALUMÍNIO

1- PACIENTE SENTADO NA MACA
2- IMOBILIZAÇÃO DO 4° QRE COM TALA DE ALUMÍNIO
3- TIPÓIA

Dr. Claudio Mattos
Ortopedia
CRM 16878

PONTA GROSSA , 3 de março de 2023

CLAUDIO MATTOS
CRM16878

Rua Balduíno Taques, 1599 - Telefone (42) 3225-2252 - Ponta Grossa - Paraná
www.clinicapontagrossense.com.br

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada
000000	

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES
000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	2686988

Despesas Realizadas

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial		9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red../ Acresc	15 - Valor Unitário - R$	16 - Valor Total – R$
	17 - Registro ANVISA do Material						18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento	
01	03	03/03/2023	10:47	a	10:47	19	70799172	2,00	38	1	2,22	4,44
	20 - Descrição	ESPARADRAPO 10X4.5 (10 cm)										
02	03	03/03/2023	10:47	a	10:47	19	70754284	1,00	36	1	11,97	11,97
	20 - Descrição	TALA ALUMINIO 16X250 MEDIA										
03	07	03/03/2023	10:47	a	10:47	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
04				a								
	20 - Descrição											
05				a								
	20 - Descrição											
06				a								
	20 - Descrição											
07				a								
	20 - Descrição											
08				a								
	20 - Descrição											
09				a								
	20 - Descrição											
10				a								
	20 - Descrição											

21 - Total de Gases	22 - Total de Medicamentos	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0,00	0,00	16,41	0,00	23,18	0,00	39,59

Paciente: 101539 - PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA
Médico: 16878 - CLAUDIO MATTOS
Médico Solicit.: CLAUDIO MATTOS
Data Exame: 03/03/2023
Data de Emissão: 06/03/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo: fratura por descolamento epifisário garu 1 da base da FM do 4° qrE, sem desvios.

Dr. Claudio Mattos
Ortopedia
CRM 16878

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
03/03/2023			

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN
3234663	12/12/2025	PEDRO HENRIQUE VALENTE KULKA		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 – UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CLAUDIO MATTOS	06	16878	PR		Dr. Claudio Mattos Ortopedia CRM 16878

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	03/03/2023	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	03/03/2023	09:54	a	09:54	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001			1,00	48,00	48,00
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
	1	12	92655432991	CLAUDIO MATTOS	06	0	41	225270

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

1	03/03/2023	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____

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

58-Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	X Maria Joelia Valente	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Domingues
Nº da Carteirinha: 3.23.4789
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 14/02/2020 | **Nº da Guia:** 9746

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2023	17:15:00	Playground (**Ex.: parquinho**)	Recreação

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Direito

Descrição

Durante a recreação, as crianças estavam brincando no playgrond. A Valentina caiu e torceu o braço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ingrid	(42) 99868-1878

Quem prestou primeiros socorros	Data
Débora	28/02/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia	Rua Balduíno Taques	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Observações

A mãe tem plano de saúde mas preferiu usar o convênio da escola.

Ass.: _____

Simone Ribas Schrott

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: https://sistemas.usb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
9746

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234789

5 - Validade da Carteira

6 – Atendimento a RN
N

7 – Nome
VALENTINA DOMINGUES DOS SANTOS

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

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
28/02/2023 00:00

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS: 000000
3 – Número da Guia Principal:
4 - Data da Autorização: 28/02/2023
5 - Senha:
6 - Data de Validade da Senha:
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 3234789
9 - Validade da Carteira:
10 - Nome: VALENTINA DOMINGUES DOS SANTOS
11 - Cartão Nacional de Saúde:
12-Atendimento a RN: N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora: 80242746000140
14 - Nome do Contratado: CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
15 - Nome do Profissional Solicitante: JOCIEL JOSE SOLIERI
16 - Conselho Profissional: 06
17 - Número no Conselho: 16570
18 – UF: PR
19 - Código CBO: 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante: Dr. Jociel José Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 16570

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1
22 - Data da Solicitação: 28/02/2023
23 - Indicação Clínica: Fratura em cotovelo D

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0030719097	FRATURAS / LUXAÇÕES COTOVELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001	001
2	22	0030712017	GESSO - ÁXILO-PALMAR		
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: 0000000

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	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	28/02/2023	18:11	a	18:11	22	0030719097	FRATURAS / LUXAÇÕES COTOVELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001			1,00	153,00	153,00
2	28/02/2023	18:11	a	18:11	22	0030712017	GESSO - ÁXILO-PALMAR	001			1,00	20,00	20,00
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

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

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

1 __/__/____ 3 __/__/____ 5 __/__/____ 7 __/__/____
2 __/__/____ 4 __/__/____ 6 __/__/____ 8 __/__/____

58-Observação / Justificativa
Fratura em cotovelo D - TTO conservador com imobilização (gesso braquiopalmar)

59 - Total de Procedimentos (R$): 173,00
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$): 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$): 173,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: Gabriela Ferreira
68 - Assinatura do Contratado:

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 – Número da Guia Referenciada
000000	

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 – Código CNES
000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	2686988

Despesas Realizadas

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial		9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red../ Acresc	15 - Valor Unitário - R$	16 - Valor Total – R$
01	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70034362	4,00	36	1	9,12	36,48
	20 - Descrição	ATADURA CREPE 10X1.8										
02	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70034664	3,00	36	1	9,12	27,36
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1.8										
03	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
	20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25										
04	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70034729	1,00	36	1	12,05	12,05
	20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 20X1.8										
05	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70859205	2,00	36	1	0,19	0,38
	20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
06	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
	20 - Descrição	LUVA PROCEDIMENTO G										
07	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70034583	4,00	36	1	20,36	81,44
	20 - Descrição	ATADURA GESSADA 10X03										
08	03	28/02/2023	18:11	a	18:11	19	70856591	1,00	36	1	16,95	16,95
	20 - Descrição	CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC										
09	07	28/02/2023	18:11	a	18:11	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
10			a									
	20 - Descrição											

17 - Registro ANVISA do Material
18 - Referência do material no fabricante
19 - Nº Autorização de Funcionamento

21 - Total de Gases	22 - Total de Medicamentos	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0,00	0,00	181,21	0,00	23,18	0,00	204,39

Paciente: 102629 - VALENTINA DOMINGUES DOS SANTOS
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 28/02/2023
Data de Emissão: 01/03/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803090 - COTOVELO - derrame articular em cotovelo D mas não vejo traço de fratur
Lado(s): Direito

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS	3 – Número da Guia Principal
000000	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28/02/2023			

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento a RN
3234789		VALENTINA DOMINGUES DOS SANTOS		N

Dados do Solicitante

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

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

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	28/02/2023	

	24 - Tabela	25- Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic	28 - Qtde. Aut.
1	22	0040803090	COTOVELO	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
80242746000140	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	0000000

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36 - Data	37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)
1	28/02/2023	17:48	a	17:48	22	0040803090	COTOVELO	001			1,00	48,00	48,00
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
1	12	69680469972	JOCIEL JOSE SOLIERI	06	16570	41	225270

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

1	28/02/2023	3	__/__/____	5	__/__/____	7	__/__/____
2	__/__/____	4	__/__/____	6	__/__/____	8	__/__/____

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

58-Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado