

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Emanuel de Castro D' Aquino Lopes

Nº da Carteirainha:

3.23.3922

Instituição:

Escola

Adventista

Ponta Grossa -

EIEF

Data de Nascimento: 25/01/2014

Nº da Guia: 11579.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/06/2023	16:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Testemunha da ocorrência Kelly Crystopher Alves

Telefone 42) 99931-2966

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

Motivo do Retorno

Nova avaliação médica.

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

Paciente: 70008 - EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 21/06/2023
Data de Emissão: 21/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARsICA
CONTROLE RADIOLOGICO


Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM - 18.652

1 - Registro AINS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 21/06/2023		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233922		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES		89 - Nome Social	
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 - 18652	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/06/2023	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 1	
25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARsICA	
27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 2686988		32 - Tipo de Atendimento 23	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01	
37 - Saúde Ocupacional		38 - Tipo de Atendimento 01	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Data 21/06/2023		40 - Hora Inicial 13:20	
41 - Hora Final 13:20		42 - Tabela 22	
43 - Código do Procedimento 0040804089		44 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARsICA	
45 - Qtd. 001		46 - Via 001	
47 - Fator Red./Acresc. 1,00		48 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
49 - Valor Total (R\$) 48,00		50 - 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 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 21/06/2023		3 11/11	
2 11/11		4 11/11	
5 11/11		6 11/11	
7 11/11		8 11/11	
9 11/11		10 11/11	
58 - Observação / Justificativa			
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda. 1800-242746000140			
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 OPMs (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 Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Garcia Gonçalves

Nº da Carteira: 3.23.4560

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 11/08/2011

Nº da Guia: 11950

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2023	16:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de altura (Ex.: escada)

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando futsal na aula de Educação Física quando caiu e acabou batendo o joelho esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Jaqueline Palhano Cordeiro Coller

(42)88423-0905

Quem prestou primeiros socorros

Data

Kelly Crystopher Alves

20/06/2023

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

Observações

O aluno estava jogando futsal na aula de Educação Física quando caiu e acabou batendo o joelho esquerdo no chão.

Ass.:

Kelly C. Alves

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
11950

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234560

5 - Validade da Carteira
30/04/2025

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome

GABRIEL GARCIA GONCALVES

26 - Nome Social

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
GUILHERME K. SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
13652

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
20/06/2023 17:38

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. Guilherme K. Siqueira
CRM 11950

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 40366 - GABRIEL GARCIA GONCALVES

Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA

Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA

Data Exame: 21/06/2023

Data de Emissão: 21/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Joelho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804054 - JOELHO 2 INC

40804062 - JOELHO - AXIAL

SEM SINAIS DE FRATURAS EVIDENTES AO MÉTODO


Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM - 18.652

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
4 - Data da Autorização 20/06/2023		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 30/04/2025		10 - Nome GABRIEL GARCIA GONCALVES		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]													
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 3234560		9 - Validade da Carteira 30/04/2025		10 - Nome GABRIEL GARCIA GONCALVES		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]															
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652		18 - UF PR		19 - Código CBO													
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 													
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/06/2023		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut.															
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804054		26 - Descrição JOELHO 2 INC		27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut.															
2		22		0040804062		JOELHO - AXIAL																	
3																							
4																							
5																							
Dados do Contrato Executante																							
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		31 - Código CNES 2686988																			
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de Atendimento 01		92 - Saúde Ocupacional													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data 20/06/2023		37 - Hora Inicial 18:00		38 - Hora Final 18:00		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804054		41 - Descrição JOELHO 2 INC													
1		20/06/2023		18:00		a		22		0040804062													
2		20/06/2023		18:00		a		22		JOELHO - AXIAL													
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													
2		12		02713099978		GUILHERME K. SIQUEIRA																	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1		20/06/2023		3		5		7		9													
2		20/06/2023		4		6		8		10													
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 136,00												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 Contratado	
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	

Clinica Pontagrossense de Fraturas e

Ortopedia e Traumatologia

CNPJ 80.242.746/0001-40

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gustavo de Paula Carlos
Nº da Carteirinha: 3.23.4437
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/07/2010

Nº da Guia: 11270.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/06/2023	09:30:23	Reconsulta	Reconsulta

O que aconteceu	Partes do corpo
Reconsulta	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno machucou o joelho direito na aula de Educação Física jogando basquete. Reconsulta

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

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

Motivo do Retorno

Nova avaliação médica.

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

11270001

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
32344375 - Validade da Carteira
12/12/20256 - Atendimento a RN
N7 - Nome
GUSTAVO DE PAULA CARLOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
291915 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

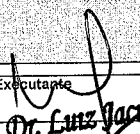
28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

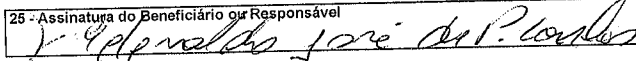
18 - Data do Atendimento
20/06/2023 08:0119 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelle Dallicani Delphim

Nº da Carteirinha: 3.23.4272

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/03/2010

Nº da Guia: 12278

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/07/2023	10:56:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Bola bateu no dedo

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando futsal na posição de goleira, quando foi defender uma bola e a bola acabou pegando no polegar esquerdo, causando inchaço aparente.

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

05/07/2023

Local de atendimento

Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia

Endereço

Rua Balduino Taques

Nº

159
9

Bairro

Contorno

Telefone

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

Observações

A aluna estava jogando futsal na posição de goleira, quando foi defender uma bola e a bola acabou pegando no polegar esquerdo, causando inchaço aparente.

Ass.: *Kelly Crystopher Alves*

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
12278

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

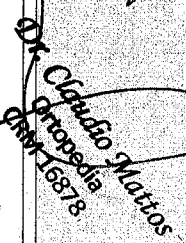
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 3234272	5 - Validade da Carteira 12/12/2025
6 - Atendimento a RN [N]	

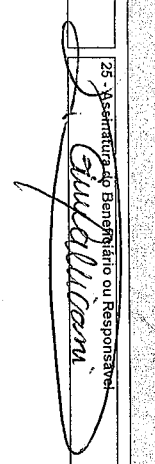
7 - Nome ISABELLE DALLICANI DELPHIM	
26 - Nome Social	

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
12 - Nome do Profissional Executante CLAUDIO MATTOS	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 16878	
11 - Código CNES 2686988	

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial
28 - Regime de Atendimento 01	
29 - Saúde Ocupacional	

18 - Data do Atendimento 05/07/2023 13:24	19 - Tipo de Consulta 1
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  Isabelle DALLICANI
--	--

Paciente: 104365 - ISABELLE DALLICANI DELPHIM

Médico: 16878 - CLAUDIO MATTOS

Médico Solicit.: CLAUDIO MATTOS

Data Exame: 05/07/2023

Data de Emissão: 05/07/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo: fratura articular cominutiva e com desvios, da base da FD
do polegar E.


Dr. Claudio Mattos
Ortopedista
CRM - 16.878

ADVENTISTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 05/07/2023		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234272		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome ISABELLE DALLICANI DELPHIM		89 - Nome Social	
12-Atendimento a RV [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 16878		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR Claudio Mattos ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PR 16878	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/07/2023	
23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic 001	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		28 - Qtd. Aut 001	
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	
91 - Regime de Atendimento 01		92 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 05/07/2023		37 - Hora Inicial 13:28	
38 - Hora Final 13:28		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 48,00		45 - Fator Red./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 92655432991		51 - Nome do Profissional CLAUDIO MATTOS	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 0	
54 - UF 41		55 - Código CBO 25270	
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 05/07/2023			
2 1/1		3 1/1	
4 1/1		5 1/1	
6 1/1		7 1/1	
8 1/1		9 1/1	
10 1/1			
58-Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases 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 RETORNO

Aluno: Isabelle Dallicani Delphim

Nº da Carteirinha: 3.23.4272

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/03/2010

Nº da Guia: 12278.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/07/2023	14:32:43	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Bola bateu no dedo

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando futsal na posição de goleira, quando foi defender uma bola e a bola acabou pegando no polegar esquerdo, causando inchaço aparente.

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

05/07/2023

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

Motivo do Retorno

Retorno hoje dia 05/07 para consulta com especialista.

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
12278001

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
4 - Número da Carteira
3234272

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
ISABELLE DALLICANI DELPHIM

26 - Nome Social

Dados do Contratado
9 - Código na Operadora
000001

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 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

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[9]

18 - Data do Atendimento
05/07/2023 15:04

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 Exequatante

Dr. Marcos Paulo S. Baggio
O. Médica
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Isabelle Dallicani

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/07/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234272

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
ISABELLE DALLICANI DELPHIM

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RV
[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
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO G. BAGGIO
CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cardar do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/07/2023	23 - Indicação Clínica Fratura dedo da mão
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
27 - Cide, Solic 001	28 - Cide, Aut.	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
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

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data 05/07/2023	37 - Hora Inicial 16:00	38 - Hora Final 16:00	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Cide 001	43 - Via 001	44 - Tec. 001	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 8,00	47 - Valor Total (R\$) 8,00
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

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 - Nome do Profissional

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

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

58 - Observação / Justificativa
do conservador

59 - Total de Procedimentos (R\$) 8,00	60 - Total de Taxas e Anugués (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 8,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Giuliana	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Profissional Solicitante MARCOS PAULO G. BAGGIO CRM 16598	70 - Assinatura do Profissional Executante	71 - Assinatura do Profissional de Apoio	72 - Assinatura do Profissional de Apoio

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS
0000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
0000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CNES
2686998

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	03	05/07/2023	16:00	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	03	05/07/2023	16:00	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	03	05/07/2023	16:00	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	03	05/07/2023	16:00	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	07	05/07/2023	16:00	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
06										
20 - Descrição										
07										
20 - Descrição										
08										
20 - Descrição										
09										
20 - Descrição										
10										
20 - Descrição										
21 - Total de Gases	0,00									
22 - Total de Medicamentos	0,00									
23 - Total de Materiais (R\$)	63,74									
24 - Total de OPME (R\$)	0,00									
25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18									
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00									
27 - Total Geral (R\$)	86,92									



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Julio

Nº da Carteirinha: 3.23.4810

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 20/12/2010

Nº da Guia: 12004



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2023	16:08:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava no intervalo brincando de bola quando colidiu com um colega e acabou caindo machucando o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gleciane Jansen	(42) 9602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gleciane Jansen	22/06/2023

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

Observações
O aluno estava no intervalo brincando de bola quando colidiu com um colega e acabou caindo machucando o dedo.

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
12004

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234810

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome

JOAO PEDRO JULIO

26 - Nome Social

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
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
26663

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
22/06/2023 17:21

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 25563

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contrataado	

Paciente: 104193 - JOAO PEDRO JULIO
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 23/06/2023
Data de Emissão: 23/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - FRATURA FANGE MÃO OU QUIRODACTILIOS
lado(s): Direito


Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedista
CRM - 16.598
Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM - 16.598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 22/06/2023		5 - Sanita	
6 - Data de Validade da Sanita		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3234810		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome JOAO PEDRO JULIO		89 - Nome Social	
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 TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 22/06/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Queda - 588c 25 063 001	
28 - Queda, Aut.		29 - Queda, Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 22/06/2023		37 - Hora Inicial 17:26	
38 - Hora Final 17:26		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Cidade 001		43 - Via 1.00	
44 - Fator Red./Acresc.		45 - Valor Unitário (R\$) 48.00	
46 - Valor Total (R\$) 48.00			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel 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			
1 22/06/2023		3 1/1	
2 1/1		4 1/1	
5 1/1		6 1/1	
7 1/1		8 1/1	
9 1/1		10 1/1	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48.00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
67 - Assinatura do Contratado			

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia Ltda.
CNPJ 80.242.746/8001-40

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jolie Zahra Leite Carvalho
Nº da Carteira: 3.23.3437
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 07/04/2013

Nº da Guia: 12065

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2023	10:25:00	Pátio	Brincadeiras

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição
A aluna Jolie estava no Pátio do Colégio brincando com os outros colegas quando subiu nas costas da amiga e as duas acabaram caindo, a Jolie bateu a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kathland Wilker Alves Polette	(42) 99801-2578

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	26/06/2023

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

Observações
A aluna Jolie estava no Pátio do Colégio brincando com os outros colegas quando subiu nas costas da amiga e as duas acabaram caindo, a Jolie bateu a cabeça no chão.

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

12065

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3233437

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

JOLIE ZAHRA LEITE CARVALHO

26 - Nome Social

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

GUILHERME K. SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

18652

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

26/06/2023 11:11

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

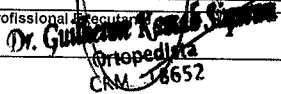
0010101012

22 - Valor do Procedimento

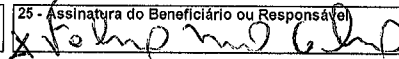
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM 18652

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Marcela Erdman Salata

Nº da Carteirinha: 3.23.3795

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 27/09/2012

Nº da Guia: 11841

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2023	18:18:00	Faixa Elevada em frente a escola	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Veículo passa por cima do pé da aluna na faixa elevada	Pé Direito

Descrição

Ao sair da escola a aluna foi atravessar a faixa elevada acompanhada pelo pai, o carro passou por cima do pé direito da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ben Hur Duarte	51 8133-4853
Ben Hur Duarte	51 8133-4853

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

Observações

Foi orientado o pai levar a aluna na 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, 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
11841

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
32233795

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
MARCELA ERDMAN SALATA

26 - Nome Social

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
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18891

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
13/06/2023 18:44

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 18891

Paciente: 104052 - MARCELA ERDMAN SALATA

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 13/06/2023

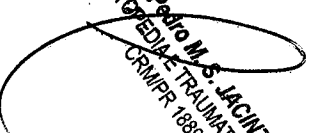
Data de Emissão: 11/07/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU PODODACTILLO
lado(s): Direito
Rx sem alterações.


Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 18891

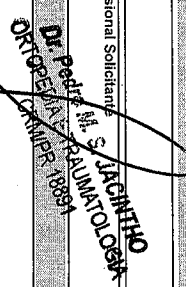
ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 13/06/2023	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 32233795	9 - Validade da Carteira 12/12/2025
10 - Nome MARCELA ERDMAN SALATA	
89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN IN	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 18891	18 - UF PR
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 13/06/2023	23 - Indicação Clínica trauma	27 - Qtd. Solic. 001
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040804097	26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	28 - Qtd. Aut. 001
2			
3			
4			
5			

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

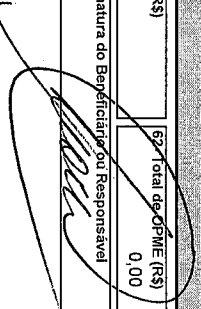
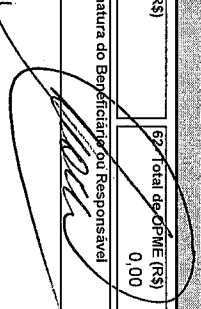
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
1	36 - Data 13/06/2023	37 - Hora Inicial 18:47	38 - Hora Final a	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040804097	41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrsc 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2												
3												
4												
5												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												
48 - Seq.Fat 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 27104004807	51 - Nome do Profissional PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	52 - Conselho Profissional 06	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	13/06/2023	3	1	1	5	1	1	7	1	9
2	1	4	1	1	6	1	1	8	1	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						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Julia Herdt Burg
Nº da Carteira: 3.23.4305
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 16/09/2009

Nº da Guia: 11942

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2023	11:47:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Coxa Direita

Descrição

A Aluna estava na hora do recreio, foi andar rápido acabou escorregando e batendo o quadril no chão.

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

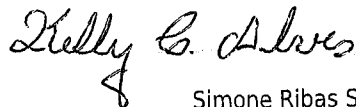
Data

20/06/2023

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

Observações

A Aluna estava na hora do recreio, foi andar rápido acabou escorregando e batendo o quadril no chão.

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

1 - Registro AINS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RV
[N]

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
11942

7 - Nome
MARIA JULIA HERDT BURG

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
20/06/2023 15:21

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

[Assinatura]

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

M. Quaresma

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18652

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

11 - Código CNES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

29 - Saúde Ocupacional

20 - Tabela
22

19 - Tipo de Consulta
1

Paciente: 104164 - MARIA JULIA HERDT BURG
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 21/06/2023
Data de Emissão: 21/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Bacia ap 1 inc

LAUDO DO EXAME:
0804011 - BACIA / PELVE
40804046 - COXA (FEMUR)
sem lesões ósseas evidentes ao método


Dr. Guilherme Kassab Siqueira
Ortopedista
CRM - 18.652

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 20/06/2023		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 11942		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		89 - Nome Social	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		26 - Descrição BACIA / PELVE		18 - UF PR		19 - Código CBO	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/06/2023		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Guilherme Kassab Siqueira Ortopedista CRM - 18.652	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804011		26 - Descrição COXA (FEMUR)		27 - Qtd. Solic. 001	
2		22		0040804046		28 - Qtd. Aut. 001	
3							
4							
5							
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		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	
32 - Tipo de Atendimento 23		33		9		91 - Regime de Atendimento 01	
33		33		9		92 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 20/06/2023		37 - Hora Inicial 15:35		38 - Hora Final 15:35	
1		20/06/2023		15:35		a	
2		20/06/2023		15:35		a	
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	
						58 - Observação / Justificativa	
						59 - Total de Procedimentos (R\$) 132,00	
						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 Medicinal (R\$) 0,00	
						65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
						66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
						67 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Assis do Nascimento
Nº da Carteira: 3.23.3732
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 25/04/2011

Nº da Guia: 11802

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2023	07:58:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando vôlei e no ir pegar a bola, caiu em cima da mão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	12/06/2023

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

Observações

O aluno estava jogando vôlei e no ir pegar a bola, caiu em cima da mão.

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
11802

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3233732

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome

PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
12/06/2023 09:15

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
Vanessa C Lima

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
12/06/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233732

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

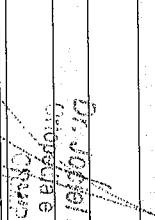
15 - Nome do Profissional Solicitante
JOCEL JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16670

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Joçel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRMSP 12271

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
12/06/2023

23 - Indicação Clínica
Fratura de rádio distal punho D

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030720109

26 - Descrição
FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.
001

1	22	0030720109	FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRACO - REDUÇÃO INCRUENTA	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
2	22	0030712092	GESSO - LUVA	001	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
00000000

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

51 - Regime de Atendimento
01

52 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
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\$)
1 12/06/2023	10:05	a	10:05	22	0030720109	FRATURA / LUXAÇÕES ANTEBRAÇO - REDUÇÃO INCRUENTA	001		1.00	153.00	153.00
2 12/06/2023	10:05	a	10:05	22	0030712092	GESSO - LUVA	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

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

1 1 1 3 1 1 5 1 1 7 1 1 9 1 1

2 1 1 4 1 1 6 1 1 8 1 1 10 1 1

58 - Observação / Justificativa

Fratura de rádio distal punho D - TTO conservador com imobilização

59 - Total de Procedimentos (R\$)
173.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

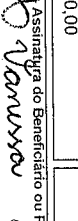
62 - Total de OPME (R\$)
0.00

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

Vanessa C. Silva

68 - Assinatura do Contratado

Paciente: 104017 - PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 12/06/2023
Data de Emissão: 12/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO - fratura em cortical dorsal do rádio distal
Lado(s): Direito


Dr. Jociel José Solieri
Ortopedista
CRM 25.175

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 12/06/2023	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	8 - Nome da Carteira 3233732	9 - Validade da Carteira 12/12/2025	10 - Nome PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-----------------------	---------------------------------	--	---	------------------	------------------------------

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 16570	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
15 - Nome do Profissional Solicitante JOciel JOSE SOLIERI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16570	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri Ortopedista CRM - 25.175	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 12/06/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803112	26 - Descrição PUNHO		
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 0000000
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Aclerme (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	---	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data 12/06/2023	37 - Hora Inicial 09:19	38 - Hora Final 09:19	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803112	41 - Descrição PUNHO	42 - Qtd. 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Real/Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
1											
2											
3											
4											
5											

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

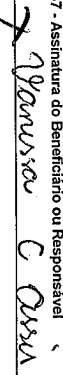
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 69680469972	51 - Nome do Profissional JOciel JOSE SOLIERI	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 16570	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
---------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

1	12/06/2023	3	1	1	5	1	1	7	1	1	9	1	1
2	1	4	1	1	6	1	1	8	1	1	10	1	1

58 - Observação / Justificativa

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda.

59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPIE (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - CNPJ 08.024.274/0001-40	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------	--	--	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Pedro Henrique Assis do Nascimento
Nº da Carteira: 3.23.3732
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 25/04/2011

Nº da Guia: 11802.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/06/2023	10:20:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando vôlei e no ir pegar a bola, caiu em cima da mão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	12/06/2023

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

Motivo do Retorno

Nova avaliação médica.

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

Paciente: 104017 - PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 29/06/2023
Data de Emissão: 29/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
controle fratura em cortical dorsal do rádio distal


Dr. Jociel José Solieri
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		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 29/06/2023		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO		12 - Atendimento a RN [N]	
8 - Número da Carteira 3233732		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA			
13 - Código na Operadora 80242746000140		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		22 - Data da Solicitação 29/06/2023		23 - Indicação Clínica		19 - Código CBO	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri Ortopedista CRM - 25.175			
21 - Caracter do Atendimento 1		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803112		26 - Descrição PUNHO		27 - Qtd. Solic. 001	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNES 0000000	
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA			
29 - Código na Operadora 80242746000140		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento 23		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 29/06/2023			
37 - Hora Inicial 10:43		38 - Hora Final 10:43		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803112	
41 - Descrição PUNHO		42 - Qtd. 001		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./acresc.		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Total (R\$) 48,00	
49 - Grau Part. 1		50 - Código na Operadora/CPF 66680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 16570		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Assinatura do Contratado	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pedro Henrique Assis do Nascimento e Maria			
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 OPM (R\$) 0,00				63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00				65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pedro Henrique Assis do Nascimento e Maria			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pedro Henrique Assis do Nascimento e Maria			
68 - Assinatura do Contratado				69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Pedro Henrique Assis do Nascimento e Maria			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Henrique de Freitas

Nº da Carteira: 3.23.4708

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 13/12/2013

Nº da Guia: 12173

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/06/2023	14:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

O aluno Pedro estava na aula de educação física jogando pega bandeira, quando sem querer o colega atravessou na sua frente e ele acabou tropeçando e torceu o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Dubiel

Telefone

(42) 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

29/06/2023

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

Observações

O aluno Pedro estava na aula de educação física jogando pega bandeira, quando sem querer o colega atravessou na sua frente e ele acabou tropeçando e torceu o pé esquerdo.

Ass.:

Kelly B. Alves

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

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

12173

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

PEDRO HENRIQUE DE FREITAS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

12 - Nome do Profissional Executante

CLAUDIO MATTOS

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16878

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

11 - Código CNES

2686988

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

01

28 - Regime de Atendimento

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

29/06/2023 15:39

19 - Tipo de Consulta

1

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

Paciente: 104290 - PEDRO HENRIQUE DE FREITAS

Médico: 16878 - CLAUDIO MATTOS

Médico Solicit.: CLAUDIO MATTOS

Data Exame: 29/06/2023

Data de Emissão: 29/06/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

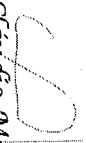
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804097 - RX - Pé ou pododáctilo

Lado(s): Direito: s/o


Dr. Cláudio Mattos

Ortopedista
CRM - 16.878

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 29/06/2023 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 12173 9 - Validade da Carteira 10 - Nome PEDRO HENRIQUE DE FREITAS 11 - Nome Social 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 15 - Nome do Profissional Solicitante CLAUDIO MATTOS 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 16878 18 - UF PR 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 29/06/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804097 26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO 27 - Qtd. Solic 001 28 - Qtd. Aut. 29 - Qtd. Solic 001 30 - Qtd. Aut.

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

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 23 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Regime de Atendimento 01 37 - Saúde Ocupacional 38 - Data 29/06/2023 39 - Hora Inicial 15:45 40 - Hora Final 15:45 41 - Código do Procedimento 0040804097 42 - Descrição PÉ OU PODODACTILO 43 - Qtd. 001 44 - Via 45 - Fator Red./Acresc. 1,00 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00 47 - Valor Total (R\$) 48,00

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPF 92655432991 51 - Nome do Profissional CLAUDIO MATTOS 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 0 54 - UF 41 55 - Código CBO 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 29/06/2023 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

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

Clinica Pontagrossense de Fraturas e

Dr. Claudio Mattos

Ortopedista

CRM - 16.878

CNPJ 80.242.746/0001-40

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rakel Schemberger Coelho de Andrade

Nº da Carteirinha: 3.23.4212

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 18/03/2010

Nº da Guia: 12190

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/06/2023	09:58:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

A Aluna estava jogando handebol quando acabou torcendo o pé direito.

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

30/06/2023

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

Observações

A Aluna estava jogando handebol quando acabou torcendo o pé direito.

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira
18/03/2025

4 - Número da Carteira
12190

7 - Nome
RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ADRADE

26 - Nome Social

Dados do Contratado

10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

11 - Código CNES
0

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI

Dados do Atendimento (Procedimento Realizado)

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

17 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
[9]

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

18 - Data do Atendimento
30/06/2023 15:19

23 - Observação / Justificativa

Dr. J. J. Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM 155170

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Juia B. F. do Al

24 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 104311 - RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ADRADE
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 03/07/2023
Data de Emissão: 03/07/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Direito


Dr. Jociel José Solieri
Ortopedista
CRM - 25.175

ADVENTISTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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
30/06/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
12190

9 - Validade da Carteira
18/03/2025

10 - Nome
RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ADRADE

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOCIEL JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16570

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante


Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
30/06/2023

23 - Indicação Clínica

Dr. Jociel Jose Solieri
Ortopedista
CRM - 25.175

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
1	22	0040804089 TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001	
2	22	0040804097 PÉ OU PODODACTILO	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
0000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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\$)
1	30/06/2023	15:22	a	15:22	22	0040804089	TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001		1,00	48,00
2	30/06/2023	15:22	a	15:22	22	0040804097	PÉ OU PODODACTILO	001		1,00	48,00
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

| 1 | 12 | 69680469972 | JOCIEL JOSE SOLIERI | 06 | 16570 | 41 | 225270 |
| 2 | 12 | 69680469972 | JOCIEL JOSE SOLIERI | 06 | 16570 | 41 | 225270 |

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

1	30/06/2023	3	1/1	5	1/1	7	1/1	9	1/1
2	30/06/2023	4	1/1	6	1/1	8	1/1	10	1/1

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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda.
80242746000140

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Tiffany Lemes Dvulatk

Nº da Carteirinha: 3.23.3987

Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 07/04/2017

Nº da Guia: 12231

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/07/2023	15:46:00	Playground	Cama Elástica

O que aconteceu

Caiu e torceu as costas

Partes do corpo

Costas

Descrição

A aula estava brincando no Playground, na cama elástica quando acabou caindo e machucou as costas.

Testemunha da ocorrência

Graziela Borges Jantsch

Telefone

(51)99113-4727

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

03/07/2023

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

Observações

A aula estava brincando no Playground, na cama elástica quando acabou caindo e machucou as costas.

Ass.:

Kelly Crystopher Alves

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

12.231

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3233987

5 - Validade da Carteira

12/12/2025

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

TIFFANY LEMES DVULATK

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

12 - Nome do Profissional Executante

CARLOS CEZAR WOZNIAKI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

10145

11 - Código CNES

2686988

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

03/07/2023 16:24

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. Carlos Cesar Wozniaki
CRM 10.145

Tiffany Lemes Dvulatk

Paciente: 104335 - TIFFANY LEMES DVULATK
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 03/07/2023
Data de Emissão: 03/07/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Esterno aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40802019 - COLUNA CERVICAL 3 INC SEM LESÃO OSSEA
40803015 - ESTERNO SEM LESÃO OSSEA


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
Ortopedista
CRM - 18.891

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/07/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233987

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
TIFFANY LEMES DVULATK

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RV

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
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 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
03/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	0040802019	COLUNA CERVICAL 3 INC	001
2	22	0040803015	ESTERNO	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
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
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\$)
1	03/07/2023	16:34	a	22	0040802019	COLUNA CERVICAL 3 INC	001		1,00	62,40	62,40
2	03/07/2023	16:34	a	22	0040803015	ESTERNO	001		1,00	57,60	57,60
3			a								
4			a								
5			a								
Assinatura e Assinatura de											

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 - Nome/Parâmetros e Ortopedias Ltda

54 - Total de Gases Medicinas (R\$)

55 - Total Geral (R\$)

56 - Assinatura do Contratado

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

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

1 03/07/2023

2 03/07/2023

3

4

5

6

7

8

9

10

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

58 - Observação / Justificativa
DOR CERVICAL E ESTERNO

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145