

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Éllyn Beatriz Rodrigues Carneiro
Nº da Carteirinha: 3.23.3451
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 12/09/2015 **Nº da Guia:** 12904

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	16:39:00	Ginásio	Entrada da aula

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

Descrição

A Aluna se deslocou até o ginásio, quando escorregou e bateu o cotovelo esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência

Helen Noemi Sikorski

Telefone

42 9809-8379

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

21/08/2023

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 se deslocou até o ginásio, quando escorregou e bateu o cotovelo 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: relatorios.ub.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
12904

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome
ELLYN BEATRIZ RODRIGUES CARNEIRO

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
21/06/2023 17:17

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

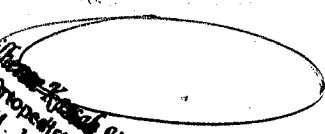
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 104965 - ELLYN BEATRIZ RODRIGUES CARNEIRO
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 21/08/2023
Data de Emissão: 22/08/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Cotovelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803090 - COTOVELO
SEM SINAIS DE FRATURAS EVIDENTES AO MÉTODO


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM. 18652

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 21/08/2023		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ELLYN BEATRIZ RODRIGUES CARNEIRO	
8 - Número da Carteira 12904		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 18652	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/08/2023		23 - Indicação Clínica		27 - Orgão Solicitante 061	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 0040803090		26 - Descrição COTOVELO		28 - Qtd. Aut.	
2		3		4		5	
Dados do Contratado 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 01		36 - Data 1		37 - Hora Inicial 17:21		38 - Hora Final 17:21	
39 - Tabela 2		40 - Código do Procedimento 0040803090		41 - Descrição COTOVELO		42 - Qtd 001	
43 - Via 1,00		44 - Rec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Total (R\$) 48,00	
49 - Seq. Ref 1		50 - Grau Part. 12		51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 18652		54 - UF 41		55 - Código CBO 226270		56 - Assinatura do Contratado	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		186 - Assinatura do Beneficiário ou Respons					

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: 11144.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	10:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

deslocou a rótula

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

O aluno estava na aula de basquete, virou a perna e caiu.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Dubiel

Gleciane Jansen

Telefone

(42)99925-6363

(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros

Gleciane Jansen

Data

08/05/2023

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 para acompanhamento

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://faturamento.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

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3234437

5 - Validade da Carteira

12/12/2025

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

GUSTAVO DE PAULA CARLOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNEB

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

2919

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

10/08/2023 14:58

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

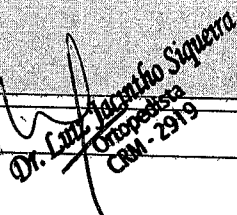
0010101012

22 - Valor do Procedimento

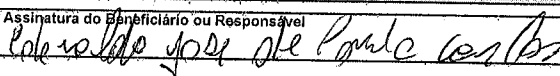
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável


Gustavo de Paula Carlos

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lucas Gabriel Ribas Teixeira

Nº da Carteira: 3.23.3337

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 24/09/2013

Nº da Guia: 12794

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/08/2023	15:48:00	Corredor	Escorregou na porta da sala de aula

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cotovelo Direito

Descrição

O Aluno foi sair da sala de aula e acabou escorregando na porta, caiu e bateu o cotovelo direito no chão.

Testemunha da ocorrência

Gabrielli Caroline de Godoi Goncalves

Telefone

(42) 99863-0946

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

16/08/2023

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 foi sair da sala de aula e acabou escorregando na porta, caiu e bateu o cotovelo direito no chão.

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: www.clinicaadventista.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
12794

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RH
IN

4 - Número da Carteira
3233337

7 - Nome
LUCAS GABRIEL RIBAS TEIXEIRA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

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

11 - Código CNES
2686988

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

27 - Indicador de Cobertura Especial
9

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

18 - Data do Atendimento
16/08/2023 16:47

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 53245

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Lucas Gabriel Ribas Teixeira

Paciente: 104913 - LUCAS GABRIEL RIBAS TEIXEIRA

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 16/08/2023

Data de Emissão: 17/08/2023

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Cotovelo apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX

40803090 - COTOVELO (SEM FRATURAS OU LUXAÇÕES)

Dr. André Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RP 53245

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 16/08/2023		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Beneficiário 3233337		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome LUCAS GABRIEL RIBAS TEIXEIRA		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 ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 53245		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/08/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 22 0040803090 COTOVELO			
27 - Qtd. Solic 28 - Qtd. Aut. 001			
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 80242746000140 CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia			
31 - Código CIES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 1 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 001 1,00 48,00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 1 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 2 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 3 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 4 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 5 16/08/2023 16:51 2 16:51 22 0040803090 COTOVELO			
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPE 51 - Nome do Profissional 1 12 35360989831 ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número do Conselho 53245		54 - UF PR	
55 - Código CBO 225270		56 - Assinatura do Profissional Executor Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 16/08/2023 3 16/08/2023 5 16/08/2023 7 16/08/2023 9 16/08/2023 2 16/08/2023 4 16/08/2023 6 16/08/2023 8 16/08/2023 10 16/08/2023			
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 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização X <i>Lucas Gabriel Ribas Teixeira</i>			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Lucas Gabriel Ribas Teixeira</i>			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Maciel
Nº da Carteira: 3.23.4468
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 06/03/2013

Nº da Guia: 12735

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2023	13:19:00	Escada	Chegada

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

Descrição

Ao descer a escada a aluna caiu e bateu o braço e o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kelly Alves	(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Alves	14/08/2023

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

Foi comunicado os responsáveis e sugerido que a família leve a aluna na 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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
12735

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
MARIA EDUARDA MACIEL

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
2886988

12 - Nome do Profissional Executante
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (caso de doença relacionada)
9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
14/08/2023 14:40

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

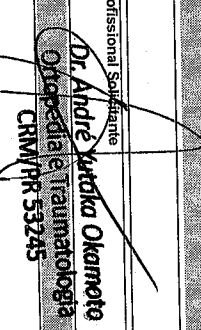
22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. André Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-53245

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
4 - Data da Autorização 14/08/2023		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 12735		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA EDUARDA MACIEL		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		19 - Código CBO 225270	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 53245		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 14/08/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22 2 22		25 - Código do Procedimento 0030721180 0030712092		26 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DO PUNHO - REDUÇÃO INCRUENTA GESSO - LUVA		27 - Qtd. Solic. 001	
28 - Qtd. Aut.		31 - Código CNEC 2686988		32 - Qtd. Solic.		33 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		34 - Código CNEC	
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional		38 - Saúde Ocupacional	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 14/08/2023		37 - Hora Inicial 15:58		38 - Hora Final 15:58	
39 - Tabela 1 22 2 22		40 - Código do Procedimento 0030721180 0030712092		41 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DO PUNHO - REDUÇÃO INCRUENTA GESSO - LUVA		42 - Qtd 001 001	
43 - Via 001		44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 153,00 20,00	
47 - Valor Total (R\$) 153,00 20,00		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/Cpf	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - Uf	
55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Conselho Profissional	
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 OPM (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 Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado	

58 - Observação / Justificativa

PACIENTE COM FRATURA EM TORUS DO RADIO DISTAL A DIREITA APOS QUEBDA DE ESCADA. TRATAMENTO COM GESSO LUVA POR 3 SEMANAS

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

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

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada
----------------------------	---------------------------------

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
-----------------------------------	---

Despesas Realizadas 2666988

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	14/08/2023	15:58	15:58	19	70034664	1,00	36	1	9,12	9,12
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	14/08/2023	15:58	15:58	19	70034427	2,00	36	1	2,77	5,54
20 - Descrição ATADURA CREPE 20X1,8										
03	14/08/2023	15:58	15:58	19	70861919	2,00	36	1	5,41	10,82
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	14/08/2023	15:58	15:58	19	70859205	2,00	36	1	0,19	0,38
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	14/08/2023	15:58	15:58	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G										
06	14/08/2023	15:58	15:58	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
07										
20 - Descrição a										
08										
20 - Descrição a										
09										
20 - Descrição a										
10										
20 - Descrição a										
20 - Descrição										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 27,00										
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\$) 50,18										

Paciente: 87699 - MARIA EDUARDA MACIEL

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 14/08/2023

Data de Emissão: 24/08/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803112 - PUNHO

Lado(s): Direito

40804062 - JOELHO - AXIAL - sem lesão óssea aparente

Lado(s): Direito

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
14/08/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
12735

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA EDUARDA MACIEL

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 e Traumatologia
CRM/PR 16570

Dr. Jociel José Solieri

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
14/08/2023

23 - Indicação Clínica
fratura de punho a Joelho D.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803112

26 - Descrição
PUNHO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.
001

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CIES
00000000

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	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acesso	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 14/08/2023	14:49	a	14:49	22	0040803112	PUNHO				1,00	48,00
2 14/08/2023	14:49	a	14:49	22	0040804062	JOELHO - AXIAL				1,00	72,00
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
69680469972

51 - Nome do Profissional
JOCIEL JOSE SOLIERI

52 - Conselho Profissional
06

53 - 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 14/08/2023

2 14/08/2023

3

4

5

6

7

8

9

10

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
120,00

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\$)
120,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: 4468

Nº da Carteira: 3.23.4468

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 06/03/2013

Nº da Guia: 12735.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/09/2023	09:25:23	Escada	Chegada

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de altura (Ex.: escada)

Braço Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Ao descer a escada a aluna caiu e bateu o braço e o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Kelly Alves

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Data

Kelly Alves

14/08/2023

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 médico para retirar o gesso.

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

Impresso por: Simone Ribas Schrott

1 de 1

4/09/2023

Paciente: 87699 - MARIA EDUARDA MACIEL

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame:

Data de Emissão:

01/09/23

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOIÓGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO - AP + P + OBL - FRATURA EM TORUS DO
RADIO DISTAL A DIREITA


Dr. André Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 53245

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
04/09/23

5 - Senha

Dados do Beneficiário

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
12735

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA EDUARDA MACIEL

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
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
53245

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CRM / PR: 53.245
TEOT 18.800

Dr. André Yutaka Okamoto

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
14/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803112

26 - Descrição
PUNHO

27 - Cida. Solic.
001

28 - Cida. Aut.

Dados do Contratado / Executor

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 da Encerramento do Atendimento

36 - Data
14/08/2023

37 - Hora Inicial
15:31

38 - Hora Final
15:31

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803112

41 - Descrição
PUNHO

42 - Cida.
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acrsc.
1.00

46 - Valor Unitário (R\$)
48.00

47 - Valor Total (R\$)
48.00

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora / CPF
36360989831

51 - Nome do Profissional
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
53245

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 14/08/2023

58 - Observação / Justificativa
RX AP + P + OBL

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

60 - Total de Procedimentos (R\$)
48.00

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

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Médicos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
48.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sabrina Angélica Kaminsky Kuch

Nº da Carteira: 3.23.4395

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 13/09/2011

Nº da Guia: 12879

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	10:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava na aula de Educação Física correndo, quando tropeçou acabou batendo a cabeça e torcendo o dedo anelar na parede.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Dubiel

Telefone

(42) 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

21/08/2023

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 aula de Educação Física correndo, quando tropeçou acabou batendo a cabeça e torcendo o dedo anelar na parede.

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: www.clinicaadventista.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

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

4 - Número da Carteira
12879

7 - Nome
SABRINA ANGELICA KAMISKY KUCH

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

11 - Código CNES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

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
21/08/2023 13:46

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. André Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 53245

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Leone de A.B. Kaminsky

24 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 104955 - SABRINA ANGELICA KAMISKY KUCH

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 21/08/2023

Data de Emissão: 22/08/2023

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

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

7

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------	------------------------------

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

12-Atendimento a RN

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

D. Adriano Tsuruta Okamoto
Otorrinolaringologista
CRM/PR 53245

31 - Código CNES
2686988

92 - Saúde Ocupacional

(R\$)	47 - Valor Total (R\$)
48,00	

2	
3	
4	
5	

54 - UF 55 - Código CBO
41 225270

1	21/08/2023	3	/	5	/	7	/	CINCO MIL Y CINCO CÉNTAVOS
2	/	4	/	6	/	8	/	FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

65 - Total Geral (R\$)	48.00
------------------------	-------

68 - Assinatura do Contratado

Boone J. B. Kemminger

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thalles Moreira Pereira

Nº da Carteirinha: 3.23.4196

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 05/11/2013

Nº da Guia: 13080

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/08/2023	14:11:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava na aula se dirigindo à carteira e torceu o pé

Testemunha da ocorrência

Helen Skorski

Helen Skorski

Telefone

(42) 99809-8379

(42) 99809-8379

Quem prestou primeiros socorros

Helen Skorski

Data

29/08/2023

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

O tornozelo está inchado e vermelho.

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
13080

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234196

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
THALLES MOREIRA PEREIRA

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
0

12 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25175

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
29/08/2023 15:36

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabala
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. Daniel Gubert Jr.
CRM 25.175

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Edson Soares Pereira

ADVENTISTA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPSADT

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/08/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234196

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
THALES MOREIRA PEREIRA

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25175

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225670

20 - Nome Social
Dr. Dante Luiz Gubert Junior

21 - CRM
CRM 25.175

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

22 - Data da Solicitação
29/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLÍNICA 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)

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
29/08/2023

37 - Hora Inicial
16:11

38 - Hora Final
16:11

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711010

41 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)
8,00

47 - Valor Total (R\$)
8,00

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)
8,00

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
8,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Thales Moreira Pereira

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Intimação)



Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
5 - Código CNES 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	29/08/2023	16:11	a	16:11	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24		
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8														
02	03	29/08/2023	16:11	a	16:11	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41		
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25														
03	03	29/08/2023	16:11	a	16:11	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19		
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)														
04	03	29/08/2023	16:11	a	16:11	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14		
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G														
05	03	29/08/2023	16:11	a	16:11	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58		
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8														
06	07	29/08/2023	16:11	a	16:11	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 0,00														
22 - Total de Medicamentos 0,00														
23 - Total de Materiais (R\$) 55,56														
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\$) 78,74														

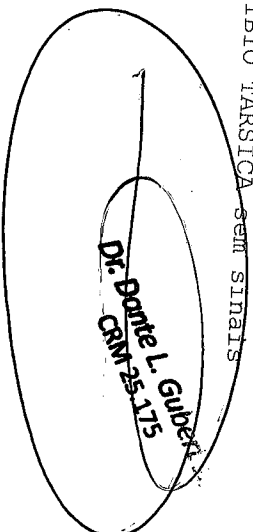
Paciente: 105078 - THALLES MOREIRA PEREIRA
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 29/08/2023
Data de Emissão: 30/08/2023

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA sem sinais
de fraturas
Lado(s): Direito



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
29/08/2023

5 - Sanha

6 - Data de Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234196

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
THALLES MOREIRA PEREIRA

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
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25175

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
29/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.
1

2
3
4
5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
0000000

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
01

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 29/08/2023	15:41	2	15:41	22	TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001				1,00	48,00
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq.Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
00484351982

51 - Nome do Profissional
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
25175

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

Clinica Pontagrossense de
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 29/08/2023

2

3

4

5

6

7

8

9

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 OPMs (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

X
Edson Francisco Pereira