

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Daniel Figueiredo Iurk
Nº da Carteira: 3.23.3981
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 21/01/2013

Nº da Guia: 14271

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	16:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O Aluno estava jogando Handebol na aula de Educação Física, quando foi pegar a bola no ar e acabou torcendo o dedo mínimo da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência

Antônio Fabiano dos Santos

Telefone

(42)99937-5232

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

30/10/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Associação Hospitalar Bom Jesus	Av. Dom Pedro II	108	Nova Rússia	(42) 3220-5000

Observações

O Aluno estava jogando Handebol na aula de Educação Física, quando foi pegar a bola no ar e acabou torcendo o dedo mínimo da mão esquerda.

Ass.: *R.S.S. 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

3 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

6 - Atendimento a RN

[N]

1 - Registro ANS

000000

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

14271

7 - Nome

DANIEL FIGUEIREDO IURK

26 - Nome Social

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

9 - Código na Operadora

000001

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25175

12 - Nome do Profissional Executante

DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

27 - Indicador de Cobertura Especial

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

19 - Tipo de Consulta

1

18 - Data do Atendimento

30/10/2023 17:41

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25-125

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

M. S. S. S.

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
30/10/2023

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário
14271

9 - Validade da Carteira
14271

10 - Nome
DANIEL FIGUEIREDO IURK

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
N

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
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. DANTE L. Gubert Jr.
CRM 25.175

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
30/10/2023

23 - Indicação Clínica
FRATURA DA FP DO 5º QDE

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0030722420

26 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

27 - Qtda. Solic
001

28 - Qtda. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
00000000

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

36 - Data
30/10/2023

37 - Hora Inicial
17:59

38 - Hora Final
17:59

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030722420

41 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

42 - Qtda
001

43 - Via
1,00

44 - Rec.
54,00

45 - Fator Red./Acresc.
54,00

46 - Valor Unitário (R\$)
54,00

47 - Valor Total (R\$)
54,00

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional
53 - Número de Inscrição Profissional
CNPJ 80.242.746/0001-40

54 - Faturamento Contas Médicas

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

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

58 - Observação / Justificativa
Proibida mobilização do 5º. DDE com tela metálica fixação com fita maxilar

59 - Total de Procedimentos (R\$)
54,00

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
54,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADVENTISTA

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



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

Dados do Contratado Executante:

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTIAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	5 - Código CINES 2086988
-----------------------------------	---	-----------------------------

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	17 - Registro ANVISA do Material 30/10/2023	17:59	17:59	19	70799172	2,00	38	1	2,22	4,44
20 - Descrição ESPARADRAPO 10X4,5 (10 cm)										
02	30/10/2023	17:59	17:59	19	70754284	1,00	36	1	11,97	11,97
20 - Descrição TALA ALUMINIO 16X250 MEDIA										
03	30/10/2023	17:59	17:59	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
04	a									
20 - Descrição										
05	a									
20 - Descrição										
06	a									
20 - Descrição										
07	a									
20 - Descrição										
08	a									
20 - Descrição										
09	a									
20 - Descrição										
10	a									
20 - Descrição										

21 - Total de Gases 0,00	22 - Total de Medicamentos 0,00	23 - Total de Materiais (R\$) 16,41	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\$) 39,59
-----------------------------	------------------------------------	--	----------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------

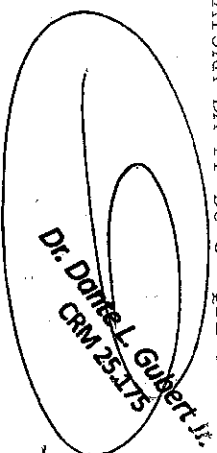
Paciente: 105856 - DANIEL FIGUEIREDO IURK
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 30/10/2023
Data de Emissão: 31/10/2023

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTÍLOS
Lado(s): Esquerdo SINAIS DE FRATURA DA FP DO 5.º QDE NA
INCIDENCIA PERFIL SEM DESVIO



Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25175

1 - Registro ANS 000000		3 - Numero da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 30/10/2023		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 14271		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome DANIEL FIGUEIREDO IURK		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RM 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 30/10/2023	
23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Operante L GUBERT JUNIOR 06 06/10/25-175	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
28 - Qtd. Aux		29 - Qtd. Aux	
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	
36 - Data 30/10/2023		37 - Hora Inicial 17:45	
38 - Hora Final 17:59		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec 45 - Fator Red/Acrec		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
49 - Seq. Ref 1		50 - Grau Part 12	
51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 25175		54 - UF 41	
55 - Código CBO 225270		56 - Assinatura do Contratado	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPIE (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gustavo de Paula Carlos

Nº da Carteirinha: 3.23.4437

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/07/2010

Nº da Guia: 11144.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/10/2023	16:48:20	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
deslocou a rótula	Joelho Direito

Descrição

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

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gleciene Jansen	08/05/2023

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

Motivo do Retorno

Retorno para acompanhamento 10/10/2023

Ass.:

Roberto Barbosa

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

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 CNES

2686988

12 - 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)

L9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

10/10/2023 17:42

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: Júlia Gonçalves

Nº da Carteira: 3.23.4609

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 19/06/2008

Nº da Guia: 14215

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/10/2023	07:44:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando Handebol na aula de educação física quando foi lançar a bola e acabou chocando com a mão da outra colega e torceu o polegar da mão direita.

Testemunha da ocorrência

Gabrieli Caroline de Godoi Gonçalves

Telefone

42 9863-0946

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

27/10/2023

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 jogando Handebol na aula de educação física quando foi lançar a bola e acabou chocando com a mão da outra colega e torceu o polegar da mão direita.

Ass.: *PSS 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 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 de Autorização 01/11/2023	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário JULIA GONCALVES	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JULIA GONCALVES	11 - Nome Social	12 - Atendimento a RV [N]
---	--------------------------	------------------------------	------------------	--------------------------------

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

15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE YUTAKA OKAMOTO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 53245	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Andre Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/11/2023	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

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

29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	31 - Código CNES 2666988
--	---	-----------------------------

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 01	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

38 - Data 01/11/2023	39 - Hora Inicial 17:45	40 - Hora Final 17:45	41 - Tabela 22	42 - Código do Procedimento 0030711010	43 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	44 - Qtd 001	45 - Via 46 - Fator Red/Acresc 1,00	47 - Valor Unitário (R\$) 8,00	48 - Valor Total (R\$) 8,00
1									
2									
3									
4									
5									

49 - Seq. Ref	50 - Grau Part	51 - Código na Operadora/CPP	52 - Nome do Profissional	53 - Nome do Profissional	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	----------------	------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$) 8,00	60 - Total de Taxas e Annuais (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 Médicos (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 8,00
---	---	---------------------------------------	----------------------------------	--	---	--------------------------------

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

Clinica Pontagrosense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO COM 8% MEDICAS

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



Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia
5 - Código CINES 2686988	

Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Taboia	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
	17 - Registro ANVISA do Material	17-45	a	17-45	19 - Referência do material no laboratório	1,00	36	1	9,12	9,12					
01	03	01/11/2023	a	17-45	70034664	1,00	36	1	9,12	9,12					
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	03	01/11/2023	a	17-45	70034427	2,00	36	1	2,77	5,54					
20 - Descrição ATADURA CREPE 20X1,8															
03	03	01/11/2023	a	17-45	70861919	2,00	36	1	5,41	10,82					
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
04	03	01/11/2023	a	17-45	70859205	2,00	36	1	0,19	0,38					
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)															
05	03	01/11/2023	a	17-45	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14					
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G															
06	07	01/11/2023	a	17-45	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\$) 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															

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sarah Lizzie Fernandes Oliveira

Nº da Carteirinha: 3.23.4091

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 20/04/2009

Nº da Guia: 14316

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	17:19:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

Durante o jogo de handebol nos Jogos da Amizade a aluna caiu e bateu o joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Ben Hur Santos Duarte

Telefone

8133-4853

Local de atendimento

Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia

Endereço

Rua Balduino Taques

Nº Bairro

159
9 Contorno

Telefone

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

Observações

Durante o jogo de handebol nos Jogos da Amizade a aluna caiu e bateu o joelho esquerdo.

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
14316

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário
4 - Número da Carteira
3234091

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome
SARAH LIZZIE FERNANDES DE OLIVEIRA

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
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

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
01/11/2023 15:58

19 - Tipo de Consulta
1

30 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 105888 - SARAH LIZZIE FERNANDES DE OLIVEIRA

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 01/11/2023

Data de Emissão: 08/11/2023

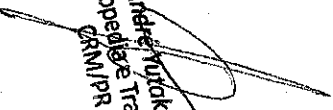
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Joelho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL - SEM SINAIS DE FRATURAS


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 Arbitrado pela Operadora																	
4 - Data da Autorização 01/11/2023		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 12/12/2023		10 - Nome SARAH LIZZIE FERNANDES DE OLIVEIRA		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]													
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 3234091																							
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													
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados																							
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/11/2023		23 - Indicação Clínica		Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245																	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804054		26 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL		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 2686988																							
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (facilitante 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 01/11/2023		37 - Hora Inicial 16:07		38 - Hora Final 16:07		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804054		41 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL													
1		2		3		4		5		6													
1		2		3		4		5		6													
1		2		3		4		5		6													
1		2		3		4		5		6													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 53245													
54 - UF 41																							
55 - Código CBO 225270																							
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 #ATUJAMENTO CONTAS MÉDICAS																							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 01/11/2023 3 11 5 11 7 11 9 11 10 11																							
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 64,00												60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 64,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado									