

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Allan Willy Flores Schnepfer

Nº da Carteira: 3.23.4766

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 25/03/2009

Nº da Guia: 15163

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2024	11:16:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando basquete na hora do recreio e na hora que foi fazer a cesta, pulou e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Orientadora Gleciene Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Gabriela	07/02/2024

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 basquete na hora do recreio e na hora que foi fazer a cesta, pulou e torceu o pé.

Ass.:

Gleciene Jansen

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Arribado pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

15163

7 - Nome

ALLAN WILLY FLORES SCHNEPPER

26 - Nome Social

11 - Código CNES

2686988

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (faciente ou doença relacionada)

9

19 - Tipo de Consulta

1

18 - Data do Atendimento

07/02/2024 13:41

23 - Observação / Justificativa

28 - Regime de Atendimento

01

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

20 - Tabela

22

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 07/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 15163		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome ALLAN WILLY FLORES SCHNEPPER		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 ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFEEAI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 26663		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 07/02/2024	
23 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030728134	
26 - Descrição LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA		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 ORTOPIEDIA	
31 - Código CUES 26669988			
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 01	
36 - Data 07/02/2024		37 - Hora Inicial 14:22	
38 - Hora Final 14:22		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030728134		41 - Descrição LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	
42 - Qtd. 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 88,00		45 - Valor Unitário (R\$) 88,00	
46 - Valor Total (R\$) 88,00			
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			
58 - Observação / Justificativa REALIZO TRATAMENTO INCRUENTO DE LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO ESQUERDO GRAU 2 COM BOTA IMOBILIZADORA			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 88,00			
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\$) 88,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

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

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 PONTAGROSSENSE 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./Acrésc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
17 - Registro AMVISA do Material	14:22	a	14:22	19	7003464	2,00	36	1	9,12	18,24
01	07/02/2024									
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	07/02/2024	14:22	a	14:22	19	70861919	1,00	36	1	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
03	07/02/2024	14:22	a	14:22	19	70859205	1,00	36	1	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
04	07/02/2024	14:22	a	14:22	19	70848645	2,00	36	1	0,57
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G										
05	07/02/2024	14:22	a	14:22	19	70034141	2,00	36	1	15,29
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8										
06	07/02/2024	14:22	a	14:22	18	60000465	1,00	36	1	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										

Paciente: 107036 - ALLAN WILLY FLORES SCHNEPPER
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 07/02/2024
Data de Emissão: 14/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA: AP, PERFIL E AP COM STRESS
Lado(s): Esquerdo
LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO

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

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 07/02/2024		5 - Senha		12 - Atendimento a RH [N]			
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira 15163			
9 - Validade da Carteira				10 - Nome ALLAN WILLY FLORES SCHNEPPER			
Dados do Solicitante				13 - Código na Operadora 80242746000140			
14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia				16 - Conselho Profissional 06			
15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI				17 - Número no Conselho 25663			
18 - UF PR				19 - Código CBO			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				29 - Qtd. Aut.			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 07/02/2024		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIca			
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 (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 07/02/2024		37 - Hora Inicial 13:59		38 - Hora Final 13:59		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804089		41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIca		42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Fator Red./Acresc. 48,00		45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		46 - Valor Total (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 05136246944		51 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 25663		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 07/02/2024		3		5		7	
2		4		6		8	
3		5		7		9	
4		6		8		10	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00							
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPMs (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PR 25663

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arianne Paola Cardozo
Nº da Carteira: 3.23.5033
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 24/10/2009

Nº da Guia: 15244

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2024	11:01:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Bateu o dedo mínimo na bola	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando handebol na aula de educação física, quando acabou batendo o dedo mínimo na bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	15/02/2024

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 na aula de educação física, quando acabou batendo o dedo mínimo na bola.

Ass.: *Helmy C. Alves*

Simone Ribas Schrott

Andréia Cardozo

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 Arribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira
02/06/2029

6 - Atendimento a RM
[N]

4 - Número da Carteira
15244

7 - Nome
ARIANNE PAOLA CARDOZO

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
2919

11 - Código CNES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

27 - Indicador de Cobertura Especial
[9]

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

20 - Tabala
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

18 - Data do Atendimento
15/02/2024 14:11

23 - Observação / Justificativa

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

Jacinto Cardozo

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 15/02/2024		5 - Senha		8 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]																																													
Dados do Beneficiário:				8 - Número da Carteira 15244				9 - Validade da Carteira 02/06/2029				10 - Nome ARIANNE PAOLA CARDOZO				89 - Nome Social																																			
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 2919				18 - UF PR				19 - Código CBO 225270				20 - Assinatura do Profissional Solicitante 																							
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				21 - Carteira do Atendimento 1				22 - Data da Solicitação 15/02/2024				23 - Indicação Clínica Culose ITF? I decto mol. Comble + 15 e and hyge				24 - Tabela 22				25 - Código do Procedimento 0030711010				26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				27 - Qtd. Solic 001				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 04				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta 3				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01				91 - Regime de Atendimento 01				92 - Saúde Ocupacional																											
Dados da Execução/Procedimentos e Exames/Realizados				36 - Data 15/02/2024				37 - Hora Inicial 14:54				38 - Hora Final 14:54				39 - Tabela 22				40 - Código do Procedimento 0030711010				41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				42 - Qtd 001				43 - Via 001				44 - Tec. 1,00				45 - Fator Red./Acresc. 8,00				46 - Valor Unitário (R\$) 8,00				47 - Valor Total (R\$) 8,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				48 - Seq. Ref 1				49 - Grau Part. 12				50 - Código na Operadora/CPF 14205882904				51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA				52 - Conselho Profissional 06				53 - Número no Conselho 2919				54 - UF 41				55 - Código CBO 226270																			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				1 15/02/2024				3 11				5 11				7 11				9 11																															
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 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																																											

Observação: *Fraturas e Osteopodias Ltda*
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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



3 - Código na Operadora 0000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	5 - Código CNES 2666988
------------------------------------	--	----------------------------

21 - Total de Gases	0,00
22 - Total de Medicamentos	0,00
23 - Total de Materiais (R\$)	27,00
24 - Total de OPM (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: 103931 - ARIANNE PAOLA CARDOZO
Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Data Exame: 15/02/2024
Data de Emissão: 16/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo
sem sinais de fratura
lesão ligamentar IFP

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 15/02/2024	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	15244	9 - Validade da Carteira	02/06/2029
10 - Nome		ARIANNE PAOLA CARDOZO	
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

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 2919	18 - UF PR	19 - Código CEO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Luiz Jacintho Siqueira</i>
---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação/procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 15/02/2024	23 - Indicação Clínica
Dr. Luiz Azeiteiro <i>[Assinatura]</i> CRM - 2919		

	24 - Nature	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Valor Contábil	28 - Valor Real
1	22	0040803120	MAO OU QUIRODACTILLOS	001	
2					
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
31 - Código CNES 26869888	

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

[illegible]

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	14205882904	LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	06	2919	41	225270

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

1	15/02/2024	3	___/___/___	5	___/___/___	7	___/___/___	9	___/___/___
2	___/___/___	4	___/___/___	6	___/___/___	8	___/___/___	10	___/___/___

Clínica Ortopédica e
Fraturas e Ortopédias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Luiz de Lima Pratto
Nº da Carteira: 3.23.4856
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 26/11/2009 **Nº da Guia:** 15182

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/02/2024	09:53:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
O aluno estava jogando queimada na aula de educação física, quando torceu o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubial	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	08/02/2024

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 queimada na aula de educação física, quando torceu o tornozelo direito.

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 15182		6 - Atendimento a RM [N]	
7 - Nome ARTHUR LUIZ DE LIMA PRATTO			
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 JOCIEL JOSE SOLIERI		13 - Conselho Profissional 6	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		14 - Número no Conselho 16570	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial	
18 - Data do Atendimento 08/02/2024 11:15		19 - Tipo de Consulta 1	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 100,00		28 - Regime de Atendimento 01	
29 - Saúde Ocupacional		30 - Saúde Ocupacional	
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

Jociel Jose Solieri
Ortopedista Traumatologia
CRM-PR 16570

[Assinatura]

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 08/02/2024 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 15182 9 - Validade da Carteira 10 - Nome ARTHUR LUIZ DE LIMA PRATTO 12 - Atendimento a RUI [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 16570 18 - UF PR 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri CNPJ 80.242.746/0001-40

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 08/02/2024 23 - Indicação Clínica Lesão ligamentar em tornozelo D 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030728134 26 - Descrição LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA 27 - Qtd. Solic 001 28 - Qtd. Aut. 001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 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 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./Acrusc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 08/02/2024	11:41	11:41	22	0030728134	LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001				1,00	88,00
2			2								
3			2								
4			2								
5			2								

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 62 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa Lesão ligamentar em tornozelo D - TTO conservador com imobilização 59 - Total de Procedimentos (R\$) 88,00 60 - Total de Taxas e Anuidades (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 Médicinas (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 88,00 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

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

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



1 - Registro ANS 0000000	2 - Número da Guia Referenciada
-----------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE 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\$			
01	03	17 - Registro ANVISA do Material 08/02/2024	11:41	a	11:41	19	70034664	18 - Referência do material no fabricante 2,00	36	1	5,41	19 - Nº Autorização de Funcionamento 9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18													
02	03	08/02/2024	11:41	a	11:41	19	70861919	1,00	36	1	5,41		5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25													
03	03	08/02/2024	11:41	a	11:41	19	70859205	1,00	36	1	0,19		0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)													
04	03	08/02/2024	11:41	a	11:41	19	70848645	2,00	36	1	0,57		1,14
20 - Descrição LUVAS PROCEDIMENTO G													
05	03	08/02/2024	11:41	a	11:41	19	70034141	2,00	36	1	15,29		30,58
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X18													
06	07	08/02/2024	11:41	a	11:41	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: 107048 - ARTHUR LUIZ DE LIMA PRATTO

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 08/02/2024

Data de Emissão: 14/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOIÓLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
Entorse de tornozelo D com aumento de volume em maleolo lateral
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito


Dr. Jociel Jose Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 16570

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 08/02/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 15182	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ARTHUR LUIZ DE LIMA PRATTO	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16670	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Solicitante Dr. Jociel José Sollieri Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 16670
----------------------	--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados								
21 - Carter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 08/02/2024	23 - Indicação Clínica						

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040804089	26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	27 - Qtd. Silió 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 00000000
--------------------------------	--	--	---	------------------------------

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 08/02/2024	37 - Hora Inicial 11:19	38 - Hora Final 11:19	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040804089	41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red.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 SOLLIERI	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 16670	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270				

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1	2	3	4	5	6	7	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\$) 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: Arthur Szymczak Miranda
Nº da Carteira: 3.23.4953
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 27/11/2012

Nº da Guia: 15569

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/02/2024	09:43:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava jogando Handebol na aula de Educação Física, quando a bola bateu no seu polegar direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	29/02/2024

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 a bola bateu no seu polegar direito.

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

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
15569

ADVENTISTA

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira
12/12/2028

6 - Atendimento a RM
N

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234953

7 - Nome
ARTHUR SZYMICZAK MIRANDA

26 - Nome Social

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

14 - Número no Conselho
10145

13 - Conselho Profissional
6

11 - Código CINES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Contratado
9 - Código na Operadora
0000001

12 - Nome do Profissional Executante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

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
4

18 - Data do Atendimento
29/02/2024 10:37

23 - Observação / Justificativa

Dr. Carlos Cezar Wozniak
CRM 19.145

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Arthur Szymiczak Miranda

24 - Assinatura do Profissional Executante

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234953

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
ARTHUR SZYMCAK MIRANDA

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
CARLOS CEZAR WOZNIACKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Carlos Cesar Wozniacki
CRM 101145

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
29/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

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

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 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
29/02/2024

39 - Hora Inicial
11:25

40 - Hora Final
11:25

41 - Tabela
22

42 - Código do Procedimento
0030711010

43 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

44 - Qtd.
001

45 - Via
1,00

46 - Tec.
8,00

47 - Valor Unitário (R\$)
8,00

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopédias Ltda
CNPJ 04-10000947-242-08-1143

49 - Seq. Ref
49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

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

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

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

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

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

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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Arthur Szymczak Miranda

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Carlos Cesar Wozniacki
CRM 101145

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



1 - Registro ANS	000000
2 - Número da Guia Referenciada	

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

3 - Código na Operadora 0000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	5 - Código CINES 2686968
------------------------------------	--	-----------------------------

[illegible][illegible]

21 - Total de Gases	0,00
22 - Total de Medicamentos	0,00
23 - Total de Materiais (R\$)	63,74
24 - Total de OPMs (R\$)	0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00
27 - Total Geral (R\$)	86,92

Paciente: 81849 - ARTHUR SZYMCAK MIRANDA

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 29/02/2024

Data de Emissão: 01/03/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTÍLOS

Lado(s): Direito sem lesão óssea

Dr. Carlos Cesar Wozniak
CRM 10145

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
29/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234953

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
ARTHUR SZYMCAK MIRANDA

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
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
29/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Qtd. Solic.

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

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

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data
1 29/02/2024

39 - Hora Inicial
10:47

40 - Hora Final
a 10:47

41 - Código do Procedimento
22

42 - Descrição
0040803120

43 - Qtd. Vias
001

44 - Fator Red./Acresc.
1,00

45 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

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

47 - Seq. Ref
1

48 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPF
59294523934

49 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

50 - Conselho Profissional
06

51 - Número no Conselho
10145

52 - UF
PR

53 - Código CBO
2686988

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

1 29/02/2024

2 10:47

3 10:47

4 10:47

5 10:47

6 10:47

7 10:47

8 10:47

9 10:47

10 10:47

55 - Observação / Justificativa

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

57 - Total de Procedimentos (R\$)
48,00

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

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

60 - Total de OPIE (R\$)
0,00

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

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

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

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Lopes Sasso

Nº da Carteirinha: 3.23.4578

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 10/01/2013

Nº da Guia: 15246

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2024	11:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando Handebol, quando a bola bateu no seu dedo anelar, torcendo o mesmo para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	15/02/2024

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, quando a bola bateu no seu dedo anelar, torcendo o mesmo para trás.

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

GUIA DE CONSULTA

2. Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		5 - Validade da Carteira		6 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Beneficiário		4 - Número da Carteira 15246		7 - Nome DAVI LOPES SASSO		11 - Código CUES 2686988	
26 - Nome Social		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.		14 - Número no Conselho 16878		15 - UF PR	
Dados do Contratado		13 - Conselho Profissional 6		28 - Regime de Atendimento 01		29 - Saúde Ocupacional	
9 - Código na Operadora 000001		12 - Nome do Profissional Executante CLAUDIO MATTOS		27 - Indicador de Cobertura Especial		22 - Valor do Procedimento 100,00	
12 - Nome do Profissional Executante		20 - Tabala 22		21 - Código do Procedimento 0010101012		23 - Valor do Procedimento	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		19 - Tipo de Consulta 1		24 - Assinatura do Profissional Executante	
18 - Data do Atendimento 15/02/2024 13:21		23 - Observação / Justificativa		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		26 - Assinatura do Profissional Executante	

Dr. Claudio Mattos
CRM 16878

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO
Médico: 16878 - CLAUDIO MATTOS
Médico Solicit.: CLAUDIO MATTOS
Data Exame: 15/02/2024
Data de Emissão: 16/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE

EXAMES RAI

E: Mão ap+ p 2 inc

DO EXAME:
20 - MÃO OU QUIRODACTILOS
: Esquerdo: s/o

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 15/02/2024		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				8 - Nome da Carteira 15246			
9 - Validade da Carteira				10 - Nome DAVI LOPES SASSO			
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 CRM 16878					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 15/02/2024		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		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	
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 15/02/2024		37 - Hora Inicial 13:25		38 - Hora Final 13:25		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00							
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref 1		49 - Gran. Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 92855432991		51 - Nome do Profissional CLAUDIO MATTOS	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16878		54 - UF PR		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 15/02/2024				3		5	
2				4		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 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Edson Luiz de Oliveira Junior

Nº da Carteirinha: 3.23.3142

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 27/11/2008

Nº da Guia: 15297

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2024	10:26:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando Handebol na aula de Educação Física, quando o colega bateu nas costas do mesmo na região do cóccix, o aluno está sentindo muita dor nesta região.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	19/02/2024

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 Handebol na aula de Educação Física, quando o colega bateu nas costas do mesmo na região do cóccix, o aluno está sentindo muita dor nesta região.

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

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

4 - Número da Carteira
15297

7 - Nome
EDSON LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR

11 - Código CNES
0

15 - UF
PR

16 - Código GEO
225270

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

22 - Valor do Procedimento
100,00

9 - Código na Operadora
000001

12 - Nome do Profissional Executante
JOCEL JOSE SOLIERI

20 - Tabeta
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

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

18 - Data do Atendimento
19/02/2024 11:17

19 - Tipo de Consulta
1

23 - Observação Justificativa

24 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

24 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 107139 - EDSON LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 19/02/2024
Data de Emissão: 20/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Coluna lombo sacra ap+po 3 inc

LAUDO DO EXAME:
Trauma direto lombo- sacra durante Handbol.
40802051 - COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC

Dr. Jociel Jose S.
Ortopedia e Trauma
CRM/PR

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
19/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
15297

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
EDSON LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR

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

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
19/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040802051

26 - Descrição
COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC

27 - Cidade/Solic
001

28 - Qtd. Aut.

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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
23

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

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
19/02/2024

37 - Hora Inicial
11:18

38 - Hora Final
11:18

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040802051

41 - Descrição
COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC

42 - Qtd
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
68,00

47 - Valor Total (R\$)
68,00

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
00000000

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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
19/02/2024

37 - Hora Inicial
11:18

38 - Hora Final
11:18

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040802051

41 - Descrição
COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC

42 - Qtd
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
68,00

47 - Valor Total (R\$)
68,00

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CPF
69680469972

51 - Nome do Profissional
JOCIEL JOSE SOLIERI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
16570

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 19/02/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
68,00

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\$)
68,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giulia Beatriz Bernardi
Nº da Carteira: 3.23.3392
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 28/11/2011

Nº da Guia: 15227

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/02/2024	10:10:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna estava jogando Handebol, quando se abaixou para pegar a bola e acabou batendo o polegar direito no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubial	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	14/02/2024

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

Aluna estava jogando Handebol, quando se abaixou para pegar a bola e acabou batendo o polegar 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: <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
15227

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
5 - Validade da Carteira 12/12/2025		6 - Atendimento a RN [N]	
4 - Número da Carteira 3233392			
7 - Nome GUILIA BEATRIZ BERNARDI			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6	
12 - Nome do Profissional Executante JOCIEL JOSE SOLIERI		14 - Número no Conselho 16570	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		11 - Código CNES 0	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		15 - UF PR	
18 - Data do Atendimento 14/02/2024 10:43		16 - Código CBO 225270	
23 - Observação / Justificativa		20 - Tabela 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012	
		22 - Valor do Procedimento 100.00	
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Dr. Jociel José Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 16570	

Paciente: 107084 - GIULLIA BEATRIZ BERNARDI
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 14/02/2024
Data de Emissão: 15/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

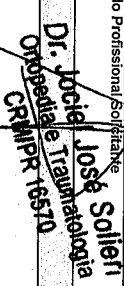
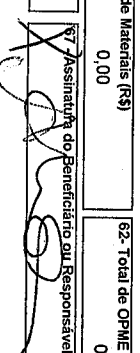
LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODÁCTILOS - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 14/02/2024		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3233392		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome GIULIA BEATRIZ BERNARDI		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RV [N]			
Dados do Beneficiário			
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 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Joziel Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM PR 16570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 14/02/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS			
27 - Cde. Solic 001		28 - Cde. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CIES 00000000			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (evento 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 14/02/2024		39 - Hora Inicial 10:46	
40 - Hora Final 10:46		41 - Tabela 22	
42 - Código do Procedimento 0040803120		43 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
44 - Cde 001		45 - Via 1,00	
46 - Fator Red./Acresc. 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF 41		55 - Código CBO 229270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 14/02/2024		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 Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS			
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 - Total Geral (R\$) 48,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo de Paula Carlos
Nº da Carteira: 3.23.4437
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/07/2010

Nº da Guia: 15504

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/02/2024	11:08:00	Pátio	Conversando no pátio

O que aconteceu

Joelhada atrás do joelho

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

O Aluno Gustavo estava conversando com o colega Luiz Gustavo, quando o mesmo fez uma "brincadeira" batendo com o joelho na parte de trás do joelho do Gustavo que ainda está em tratamento.

Testemunha da ocorrência

Higson Felipe

Telefone

42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

27/02/2024

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 Aluno Gustavo estava conversando com o colega Luiz Gustavo, quando o mesmo fez uma "brincadeira" batendo com o joelho na parte de trás do joelho do Gustavo que ainda está em tratamento.

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

Paciente: 104151 - GUSTAVO DE PAULA CARLOS

Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Médico Solicit: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Data Exame: 27/02/2024

Data de Emissão: 27/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOFEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Joelho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL

Lado(s): Direito aumento volue partes moles.Patela alta

40804062 - Patela

Lado(s): Direito avulsão fragmento ósseo medial da patela.
repouso

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2919

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 27/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3234437		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome GUSTAVO DE PAULA CARLOS		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RH [N]			
Dados do Beneficiário			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 2919		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA Ortopedia e Traumatologia CRM 2919	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/02/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
1	25 - Código do Procedimento 0040804054	26 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	27 - Qtd. Solic. 001
2	0040804062	PATELA	28 - Qtd. Aut. 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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 27/02/2024		37 - Hora Inicial 14:51	
38 - Hora Final 14:51		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804054		41 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	
42 - Qtd. 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 001		45 - Fator Red./Acresc. 1,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 64,00		47 - Valor Total (R\$) 64,00	
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 14205882904		51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 2919	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/02/2024			
58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
59 - Observação / Justificativa			
60 - Total de Procedimentos (R\$) 119,00			
61 - Total de Taxas e Aluguéis (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\$) 119,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Herik Zubek

Nº da Carteira: 3.23.2956

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIF



Data de Nascimento: 27/07/2007

Nº da Guia: 15372

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2024	11:23:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Chutou a trave	1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Aluno estava jogando vôlei na quadra, quando acabou chutando a trave do gol.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	21/02/2024

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
Aluno estava jogando vôlei na quadra, quando acabou chutando a trave do gol.

Ass.: *Kelly C. Alves*
Simone Ribas Schrott

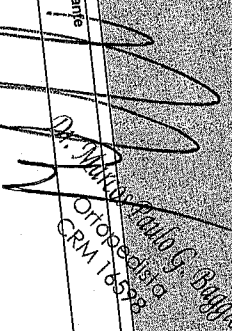
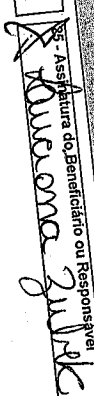
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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

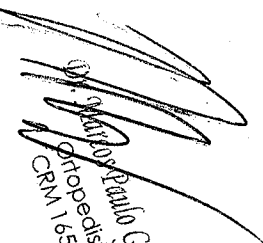
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 15372		6 - Atendimento a RM N	
7 - Nome HERIK ZUBEK			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.	
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6	
12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO		14 - Número no Conselho 16598	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		27 - Indicador de Cobertura Especial	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		28 - Regime de Atendimento 01	
18 - Data do Atendimento 21/02/2024 13:12		29 - Saúde Ocupacional	
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  Ortopedista CRM 16598			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  Hérica Zubeck			

Paciente: 36368 - HERIK ZUBEK
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 21/02/2024
Data de Emissão: 22/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé aptp 2 inc

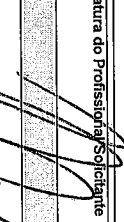
LAUDO DO EXAME:
RX - sem alt.
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Esquerdo


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

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 21/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 15372		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome HERIK ZUBEK		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	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/02/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804097	
26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		28 - Qtd. Aut. 28 - Qtd. Aut. 28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contrato/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CIES 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 21/02/2024		37 - Hora Inicial 13:28	
38 - Hora Final 13:28		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804097		41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	
42 - Qtd. 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 1.00		45 - Fator Red.Acresc. 48.00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48.00		47 - Valor Total (R\$) 48.00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 92691510930		51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 06	
54 - UF PR		55 - Código CBO 26870	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 21/02/2024 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 OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	
64 - Total de Gases Médicinas (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: Isabela Heloíse Horza de Quadros

Nº da Carteira: 3.23.4721

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 18/04/2012

Nº da Guia: 15275



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/02/2024	11:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando Handebol na aula de educação física, quando sua colega arremessou, ela foi pegar a bola e o dedo anelar acabou indo para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	16/02/2024

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 na aula de educação física, quando sua colega arremessou, ela foi pegar a bola e o dedo anelar acabou indo para trás.

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

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
15275

7 - Nome
ISABEL HELOISE HORZA DE QUADROS

26 - Nome Social

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

11 - Código CNES
2686988

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (paciente 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
16/02/2024 15:29

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
16/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
15275

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELA HELOISE HORZA DE QUADROS

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RH
[]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr Marcos Paulo Baggio
CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
16/02/2024

23 - Indicação Clínica
Entorse 3º ODE

24 - Tabela
1 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
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

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

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./Acrese	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 16/02/2024	16:01	a	16:01	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00
2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - Assinatura do Profissional

55 - Assinatura do Contratado

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa
fio conservador

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 OPM (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00	65 - Total de Outros (R\$) 0,00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--	---------------------------------------	---------------------------------	--	---	------------------------------------	---

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 PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CNEIS
2686988

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	16/02/2024	16:01	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18										
02	03	16/02/2024	16:01	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	03	16/02/2024	16:01	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	03	16/02/2024	16:01	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	07	16/02/2024	16:01	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										
20 - Descrição										

21 - Total de Casos
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

Paciente: 107123 - ISABELA HELOISE HORZA DE QUADROS

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 16/02/2024

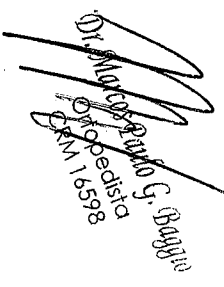
Data de Emissão: 19/02/2024

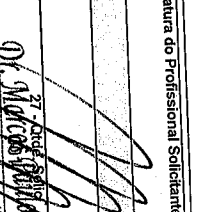
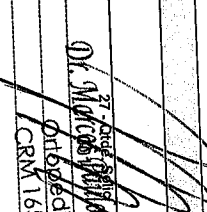
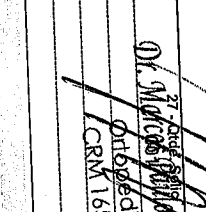
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - sem alt.
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RM [N]	
4 - Data da Autorização 16/02/2024		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISABEL HELOISE HORZA DE QUADROS		89 - Nome Social	
8 - Número da Carteira 15275		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISABEL HELOISE HORZA DE QUADROS		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RM [N]	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR		19 - Código CBO	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/02/2024		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Assinatura do Profissional Solicitante 		28 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
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) 9	
34 - Tipo de Consulta 34		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01		36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional 01		38 - Saúde Ocupacional 01	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 16/02/2024		37 - Hora Inicial 15:33		38 - Hora Final 15:33		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		42 - Qtd 001		43 - Via 001		44 - Tec. 1,00	
45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor 48,00		49 - Valor 48,00	
50 - Valor 48,00		51 - Valor 48,00		52 - Valor 48,00		53 - Valor 48,00		54 - Valor 48,00	
55 - Valor 48,00		56 - Valor 48,00		57 - Valor 48,00		58 - Valor 48,00		59 - Valor 48,00	
59 - Valor 48,00		60 - Valor 48,00		61 - Valor 48,00		62 - Valor 48,00		63 - Valor 48,00	
64 - Valor 48,00		65 - Valor 48,00		66 - Valor 48,00		67 - Valor 48,00		68 - Valor 48,00	
69 - Valor 48,00		70 - Valor 48,00		71 - Valor 48,00		72 - Valor 48,00		73 - Valor 48,00	
74 - Valor 48,00		75 - Valor 48,00		76 - Valor 48,00		77 - Valor 48,00		78 - Valor 48,00	
79 - Valor 48,00		80 - Valor 48,00		81 - Valor 48,00		82 - Valor 48,00		83 - Valor 48,00	
84 - Valor 48,00		85 - Valor 48,00		86 - Valor 48,00		87 - Valor 48,00		88 - Valor 48,00	
89 - Valor 48,00		90 - Valor 48,00		91 - Valor 48,00		92 - Valor 48,00		93 - Valor 48,00	
94 - Valor 48,00		95 - Valor 48,00		96 - Valor 48,00		97 - Valor 48,00		98 - Valor 48,00	
99 - Valor 48,00		100 - Valor 48,00		101 - Valor 48,00		102 - Valor 48,00		103 - Valor 48,00	
104 - Valor 48,00		105 - Valor 48,00		106 - Valor 48,00		107 - Valor 48,00		108 - Valor 48,00	
109 - Valor 48,00		110 - Valor 48,00		111 - Valor 48,00		112 - Valor 48,00		113 - Valor 48,00	
114 - Valor 48,00		115 - Valor 48,00		116 - Valor 48,00		117 - Valor 48,00		118 - Valor 48,00	
119 - Valor 48,00		120 - Valor 48,00		121 - Valor 48,00		122 - Valor 48,00		123 - Valor 48,00	
124 - Valor 48,00		125 - Valor 48,00		126 - Valor 48,00		127 - Valor 48,00		128 - Valor 48,00	
129 - Valor 48,00		130 - Valor 48,00		131 - Valor 48,00		132 - Valor 48,00		133 - Valor 48,00	
134 - Valor 48,00		135 - Valor 48,00		136 - Valor 48,00		137 - Valor 48,00		138 - Valor 48,00	
139 - Valor 48,00		140 - Valor 48,00		141 - Valor 48,00		142 - Valor 48,00		143 - Valor 48,00	
144 - Valor 48,00		145 - Valor 48,00		146 - Valor 48,00		147 - Valor 48,00		148 - Valor 48,00	
149 - Valor 48,00		150 - Valor 48,00		151 - Valor 48,00		152 - Valor 48,00		153 - Valor 48,00	
154 - Valor 48,00		155 - Valor 48,00		156 - Valor 48,00		157 - Valor 48,00		158 - Valor 48,00	
159 - Valor 48,00		160 - Valor 48,00		161 - Valor 48,00		162 - Valor 48,00		163 - Valor 48,00	
164 - Valor 48,00		165 - Valor 48,00		166 - Valor 48,00		167 - Valor 48,00		168 - Valor 48,00	
169 - Valor 48,00		170 - Valor 48,00		171 - Valor 48,00		172 - Valor 48,00		173 - Valor 48,00	
174 - Valor 48,00		175 - Valor 48,00		176 - Valor 48,00		177 - Valor 48,00		178 - Valor 48,00	
179 - Valor 48,00		180 - Valor 48,00		181 - Valor 48,0					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Joanna da Silva Azevedo
Nº da Carteira: 3.23.4848
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 18/10/2010

Nº da Guia: 15394

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2024	17:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando handebol e ao receber a bola torceu o dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	21/02/2024

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 e ao receber a bola torceu o dedo.

Ass.: _____

Gleciene Jansen

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

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

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

MENTISTA

Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Attribuido pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RU
[N]

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
15394

7 - Nome
JOANA DA SILVA AZEVEDO

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

14 - Número no Conselho
18891

11 - Código CNES
2686988
15 - UF
PR
16 - Código CBO
225270

26 - Nome Social

Dados do Contratado
9 - Código na Operadora
000001

12 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional
6

17 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

27 - Indicador de Cobertura Especial
20 - Tabela
22

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

19 - Tipo de Consulta
1

18 - Data do Atendimento
21/02/2024 18:11

23 - Observação / Justificativa

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

25 - Assinatura do profissional responsável
[Assinatura]

24 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 107192 - JOANA DA SILVA AZEVEDO

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 21/02/2024

Data de Emissão: 22/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILLOS

Lado(s): Esquerdo

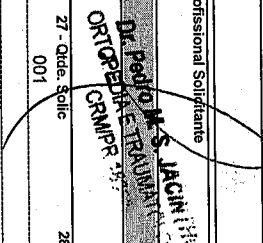
Fratura de rebordo lateral de falange médi na art IFP.

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 13904

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 21/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 15394		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome JOANA DA SILVA AZEVEDO		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 PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18891		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Pedro M. S. JACINTHO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PR 3533	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/02/2024	
23 - Indicação Clínica trauma			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		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			
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 21/02/2024		37 - Hora Inicial 18:21	
38 - Hora Final 18:21		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 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
46 - Valor Total (R\$) 48,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel 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 18891	
54 - UF PR		55 - Código CBO 225270	
Fratras e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS			
Dados da Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 21/02/2024		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		66 - Assinatura do Contratado 	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Joanna da Silva Azevedo
Nº da Carteirinha: 3.23.4848
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 18/10/2010

Nº da Guia: 15394.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/02/2024	16:36:39	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando handebol e ao receber a bola torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Ricardo Dubiel

(42) 99925-6363

Gleciane Jansen Burakowski

(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros

Data

Ricardo Dubiel

21/02/2024

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

Foi solicitado retorno pelo médico nesta data.


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/ISADT

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 28/02/2024		5 - Sentia		12 - Atendimento a RM []			
Dados do Beneficiário				89 - Nome Social			
8 - Número da Carteira 15394		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JOANA DA SILVA AZEVEDO			
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 16598	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		18 - UF PR		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/02/2024		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solp 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0030711010		26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		28 - Qtd. Aut. 001	
1							
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 2668988			
Dados do Atendimento							
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
36 - Data 28/02/2024		37 - Hora Inicial 17:23		38 - Hora Final 17:23		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030711010		41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		42 - Qtd 001		43 - Via 1.00	
44 - Tec. 45 - Valor Real/Acresc. 8.00		46 - Valor Unitário (R\$) 8.00		47 - Valor Total (R\$) 8.00			
1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11		12	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1		3		5		7	
2		4		6		8	
9		10		11		12	
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 Opile (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							

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
----------------------------	---------------------------------

Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
5 - Código CNES 2686988	

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 28/02/2024	17:23	17:23	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24					
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	28/02/2024	17:23	17:23	19	70034389	2,00	36	1	19,96	39,90					
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m															
03	28/02/2024	17:23	17:23	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41					
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
04	28/02/2024	17:23	17:23	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19					
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)															
05	28/02/2024	17:23	17:23	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: Luan de Oliveira Maior
Nº da Carteira: 3.23.3403
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 25/03/2008

Nº da Guia: 15200

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/02/2024	08:15:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava jogando futebol na aula de educação física, quando o aluno caiu e bateu o dedo indicador no colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	09/02/2024

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

Aluno estava jogando futebol na aula de educação física, quando o aluno caiu e bateu o dedo indicador no colega.

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira
12/12/20256 - Atendimento a RN
N4 - Número da Carteira
152007 - Nome
LUAN DE OLIVEIRA MAIOR

26 - Nome Social

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CIES
268698815 - UF
PR16 - Código CBO
2252709 - Código na Operadora
000000113 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1889112 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

17 - Nome do Atendimento / Procedimento Realizado

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
0121 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,0017 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
919 - Tipo de Consulta
418 - Data do Atendimento
09/02/2024 09:02

23 - Observação / Justificativa

Dr. Pedro M. S. Jacintho
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMPP 18891

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

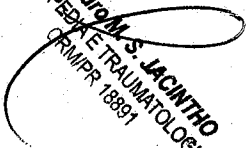
24 - Assinatura do Profissional Executante

Paciente: 103677 - LUAN DE OLIVEIRA MAIOR
Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO
Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO
Data Exame: 09/02/2024
Data de Emissão: 14/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS
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/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
09/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
15200

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
LUAN DE OLIVEIRA MAIOR

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
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 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
09/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

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 CNEC
2886988

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
09/02/2024

37 - Hora Inicial
09:15

38 - Hora Final
09:15

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Tec.

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

2
a
a
a
a

2
a
a
a
a

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
27104004807

51 - Nome do Profissional
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Nome do Profissional
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIAS LTDA

54 - UF
PR

55 - Código CBO
225270

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

1 09/02/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

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 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: Maria Stefaneli Komatsu

Nº da Carteirinha: 3.23.5014

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 04/03/2021

Nº da Guia: 15641

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/03/2024	12:09:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Perna Direita

Descrição
Os alunos estavam voltando da recreação, em fila, a aluna saiu da fila tropeçou e bateu a perna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sara Oliveira	(42) 98402-1131
Débora Zawolski	(42) 99868-1878

Quem prestou primeiros socorros	Data
Auxiliar Deane	04/03/2024

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
Os alunos estavam voltando da recreação, em fila, a aluna saiu da fila tropeçou e bateu a perna.

Ass.:

Gleciene Jansen

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

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

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2. Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 15641		6 - Atendimento a RN 1 N	
7 - Nome MARIA STEFANELI KOMATSU			
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 MARCOS PAULO BAGGIO		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 16598		11 - Código CNES 2686988	
15 - UF PR		16 - Código CSO 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 04/03/2024 15:18		19 - Tipo de Consulta 1	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 100,00		23 - Observação / Justificativa	
24 - Assinatura do Profissional Executante Dr. Marcos Paulo Baggio CRM 16598			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 04/03/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	15641
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	MARIA STEFANELI KOMATSU
88 - 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 MARCOS PAULO BAGGIO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 16598	18 - UF PR
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	04/03/2024	Ferimento perna D
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1	0020104103	CURATIVO
		27 - Qtd. Solic.
		28 - Qtd. Aut.

STEFANE

1- PAC
2- ABE
3- FER
4- LIM
CLO
5- CLO
6- CUF

CONTA CORRENTE

MARCOS

2008/07/29 14:22:22

dados do Contrato Excepcional

N
3
4
5

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
80242746000140	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
04	9
34 - Tipo de Consulta	35 - Especialidade do Atendimento
3	3
36 - Regime de Atendimento	37 - Natureza do Atendimento
01	01
38 - Código CINES	2686988

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
04/03/2024	15:49	15:49	22	0020104103
1	2			CURATIVO
2	2			
3	2			
4	2			
5	2			

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

48 - Seq./Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
			Clínica Podiátrorressende de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONFAS MÉDICAS		
56 - Data da Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10		
58-Observação / Justificativa Sem infecção					
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPI/IE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
					
				Dr. Márcio S. Basso Ortopedista CRM 16598	



1 - Registro ANS
000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE 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 - Qtd.	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	04/03/2024	15:49	a	15:49	19	70802623	1,00	36	1	4,37	4,37			
20 - Descrição CLOREXIDINA 0.5% 100ml (SOLUÇÃO ALCOOLICA)															
02	03	04/03/2024	15:49	a	15:49	19	70272913	2,00	36	1	9,14	18,28			
20 - Descrição MICROPORE 12.5mmX10m															
03	03	04/03/2024	15:49	a	15:49	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14			
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G															
04	03	04/03/2024	15:49	a	15:49	19	70224749	1,00	36	1	1,23	1,23			
20 - Descrição SORO FISIOLOGICO 100ml FRASCO															
05	03	04/03/2024	15:49	a	15:49	00		1,00	36	1	4,37	4,37			
20 - Descrição CLOREXIDINA 0.2% 100ml (SOLUÇÃO COM TENSIOATIVOS)															
06	03	04/03/2024	15:49	a	15:49	19	70849480	4,00	36	1	9,36	37,44			
20 - Descrição GAZE COMPRESSA 7.5X7.5 11 FIOS ESTERIL															
07	07	04/03/2024	15:49	a	15:49	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18			
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS															
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\$)
66,83

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\$)
90,01

Paciente: 107355 - MARIA STEFANELI KOMATSU

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 04/03/2024

Data de Emissão: 07/03/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Perna apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.

40804070 - PERNA

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 04/03/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 15641		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MARIA STEFANELI KOMATSU		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 MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/03/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição PERNA	
1 22		27 - Cade. Basic 001	
2		28 - Cade. Aut 001	
3		29 - Cade. Aut 001	
4		30 - Cade. Aut 001	
5		31 - Cade. 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		32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Regime de Atendimento 37 - Saúde Ocupacional	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 04/03/2024		37 - Hora Inicial 15:34	
38 - Hora Final 15:34		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804070		41 - Descrição PERNA	
42 - Cide 001		43 - Via 1.00	
44 - Tec. 64.00		45 - Fator Red./Acreso 64.00	
46 - Valor Unitário 64.00		47 - Valor Total (R\$) 64.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 92891510930		51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16598	
54 - UF PR		55 - Código CBO 2686988	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 04/03/2024		3 11	
2 11		4 11	
5 11		6 11	
7 11		8 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 OPM (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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mateus Henrique Tobias de Lima
Nº da Carteirinha: 3.23.4888
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 17/11/2009

Nº da Guia: 15415

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2024	11:49:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando basquete no intervalo, quando a bola bateu no seu dedo anelar da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erik Lopes	42 9955-5921

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	22/02/2024

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 basquete no intervalo, quando a bola bateu no seu dedo anelar da mão direita.

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
15415

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234888

5 - Validade da Carteira
12/12/2028

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
MATEUS HENRIQUE TOBIAS DE LIMA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CINES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
22/02/2024 14:08

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

Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Matheus Tobias

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
22/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234888

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
MATEUS HENRIQUE TOBIAS DE LIMA

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

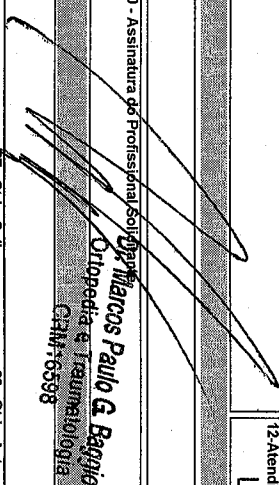
15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica
Entorse dedo da mão

24 - Tabela
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
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CIES
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

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 22/02/2024	14:23	2	14:23	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	8,00
2											
3											
4											
5											

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

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

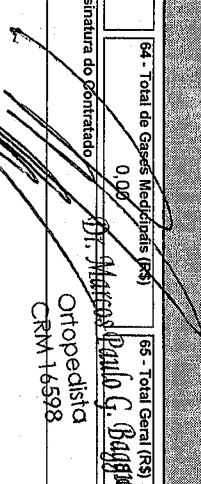
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa
fio conservador.

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

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



1 - Registro ANS 0000000	2 - Número da Guia Referenciada
-----------------------------	---------------------------------

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	5 - Código CINES 2666988
-----------------------------------	---	-----------------------------

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\$	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - N.º Autorização de Funcionamento	20 - Descrição	21 - Total de Gases
03	22/02/2024	14:23	a	14:23	19	70034664	36	1	9,12	18,24					0,00
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	22/02/2024	14:23	a	14:23	19	70034389	36	1	19,95	39,90					0,00
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m															
03	22/02/2024	14:23	a	14:23	19	70861919	36	1	5,41	5,41					0,00
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
04	22/02/2024	14:23	a	14:23	19	70859205	36	1	0,19	0,19					0,00
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)															
05	22/02/2024	14:23	a	14:23	18	60000465	36	1	23,18	23,18					0,00
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS															
06			a												0,00
20 - Descrição															
07			a												0,00
20 - Descrição															
08			a												0,00
20 - Descrição															
09			a												0,00
20 - Descrição															
10			a												0,00
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															

Paciente: 107210 - MATEUS HENRIQUE TOBIAS DE LIMA
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 22/02/2024
Data de Emissão: 08/03/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Direito


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
22/02/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234888

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
MATEUS HENRIQUE TOBIAS DE LIMA

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 ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Cide, Solis
001

28 - Cide, Aut.
16598

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 (incidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
22/02/2024

37 - Hora Inicial
14:11

38 - Hora Final
14:23

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

42 - Cide
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

1

2

3

4

5

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

48 - Seqüel
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
92891510930

51 - Nome do Profissional
MARCOS PAULO BAGGIO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
16598

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 22/02/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

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

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 OPIME (R\$)
0,00

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

64 - Total de Gases Médicinas (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: Mayara Carneiro Rocha
Nº da Carteirinha: 3.23.3726
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 05/01/2010

Nº da Guia: 15323

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2024	08:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Ao jogar a bola, torceu o pulso	Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando handebol na aula de Educação Física, quando foi lançar a bola acabou torcendo o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	20/02/2024

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 acabou torcendo o pulso.

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

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 15323	7 - Nome MAYARA CARNEIRO ROCHA	26 - Nome Social
---------------------------------	-----------------------------------	------------------

Dados do Contratado	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	11 - Código CNES 2686988
9 - Código na Operadora 000001	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 53245
12 - Nome do Profissional Executante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	27 - Indicador de Cobertura Especial [9]	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
18 - Data do Atendimento 20/02/2024 08:49			22 - Valor do Procedimento 100,00

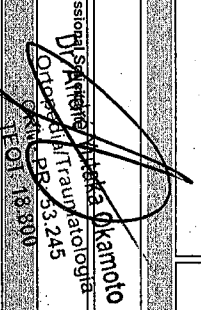
23 - Observação / Justificativa	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---------------------------------	--

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 20/02/2024	5 - Senha

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

Dados do Beneficiário		8 - Nome Social		12 - Atendimento a RV	
8 - Número da Carteira 15323	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MAYARA CARNEIRO ROCHA		[N]	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		16 - Nome do Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE YUTAKA OKAMOTO	16 - Nome do Profissional 06	17 - Número no Conselho 53245	18 - UF PR	19 - Código CBO 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Andre Yutaka Okamoto Cirurgião Traumatologista CRM-PR 53.245 15/01/18-800						

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic		28 - Qtd. Aut.	
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 20/02/2024	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.		
1	2	3	4	5					

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

Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento		37 - Saúde Ocupacional	
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	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 20/02/2024	37 - Hora Inicial 09:27	38 - Hora Final a	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Qtd 001	43 - Via 1,00	44 - Tec. 8,00	45 - Valor Unitário (R\$) 8,00	46 - Valor Total (R\$) 8,00	
1	2	3	4	5							

Identificação do(s) Profissional(is) Esecutante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO		

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

58 - Observação / Justificativa											
@clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS											

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 OPM (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						

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT 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
2666988

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	17 - Registro ANVISA do Material	09:27	a	09:27	19	70034664	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8													
02	03	20/02/2024	09:27	a	09:27	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90	
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m													
03	03	20/02/2024	09:27	a	09:27	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41	
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25													
04	03	20/02/2024	09:27	a	09:27	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19	
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)													
05	07	20/02/2024	09:27	a	09:27	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18	
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS													
06				a									
20 - Descrição													
07				a									
20 - Descrição													
08				a									
20 - Descrição													
09				a									
20 - Descrição													
10				a									
20 - Descrição													

Paciente: 80425 - MAYARA CARNEIRO ROCHA

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 20/02/2024

Data de Emissão: 20/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 MÃO OU QUIRODACTILOS
SEM SINAIS DE FRATURAS

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 20/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 15323		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MAYARA CARNEIRO ROCHA		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	
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 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/02/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qtd. Solic. 001	
28 - Qtd. Aut.		29 - Qtd. Chies	
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CNES 2698988			
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 20/02/2024		37 - Hora Inicial 08:57	
38 - Hora Final 08:57		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 Rad/Jacresc 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 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 53245	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Clinica Pontagrossense Ltda Fraturas e Ortopedias CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO/CONTAS-MÉDICAS			
58 - Observação / Justificativa FATURAMENTO/CONTAS-MÉDICAS			
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/E (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 Beneficiário ou Responsável Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Murilo Marques de Oliveira
Nº da Carteira: 3.23.3236
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 23/01/2012

Nº da Guia: 15530

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2024	08:37:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição

O Aluno estava jogando Handebol na aula de educação física, o mesmo estava jogando na posição de goleiro quando foi defender a bola acabou torcendo o antebraço, esta com bastante dor e não está conseguindo movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	28/02/2024

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 Handebol na aula de educação física, o mesmo estava jogando na posição de goleiro quando foi defender a bola acabou torcendo o antebraço, esta com bastante dor e não está conseguindo movimentar.

Ass.:

Kelly Crystopher Alves

Simone Ribas Schrott

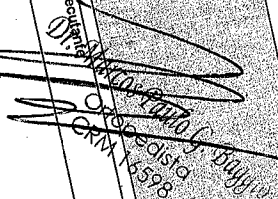
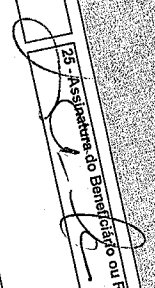
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
15530

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		6 - Atendimento a RN [N]	
5 - Validade da Carteira 31/12/2028					
4 - Número da Carteira 3233236					
7 - Nome MURILLO MARQUES DE OLIVEIRA					
26 - Nome Social					
10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.		14 - Número no Conselho 16598			
13 - Conselho Profissional 6		28 - Regime de Atendimento 01		29 - Saúde Ocupacional	
9 - Código na Operadora 000001		21 - Código do Procedimento 0010101012		22 - Valor do Procedimento 100,00	
12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO					
27 - Indicador de Cobertura Especial					
11 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		19 - Tipo de Consulta 4			
18 - Data do Atendimento 28/02/2024 09:41					
23 - Observação / Justificativa					
24 - Assinatura do Profissional Executante  CRM 16588					
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 					

Paciente: 82431 - MURILO MARQUES DE OLIVEIRA
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 29/02/2024
Data de Emissão: 29/02/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLÓGICOS

EXAME: Punho apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.
40803112 - PUNHO
Lado(s): Esquerdo

Dr. Marcos Paulo C. Baggio
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 28/02/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233236		9 - Validade da Carteira 31/12/2028	
10 - Nome MURILO MARQUES DE OLIVEIRA		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/02/2024	
23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic. 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803112	
26 - Descrição PUNHO		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
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 28/02/2024		37 - Hora Inicial 09:51	
38 - Hora Final 09:51		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803112		41 - Descrição PUNHO	
42 - Qtd. 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 48,00		45 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
46 - 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 92691510930		51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16598	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO COM FARMACIA			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 28/02/2024 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 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:** Sarah Gabriela Paulino dos Santos**Nº da Carteira:** 3.23.5030**Instituição:** Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF**Data de Nascimento:** 26/07/2013**Nº da Guia:** 15614

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2024	15:09:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo
Descrição	
A aluna estava jogando Handebol na aula de Educação Física quando torceu o pé esquerdo. A aluna está reclamando de dor, disse quando anda dói muito.	
Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros				Data
Kelly Crystopher Alves				01/03/2024
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 torceu o pé esquerdo. A aluna está reclamando de dor, disse quando anda dói muito.				

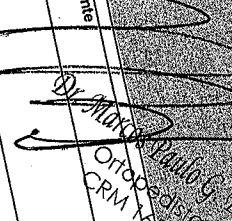
Ass.: _____

Simone Ribas Schrott

2 - Nº da Guia do Prestador

GUIA DE CONSULTA

ADVENTISTA

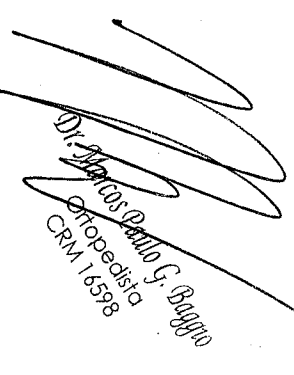
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN N
4 - Número da Carteira 15614		11 - Código CNES 2686988	
7 - Nome do Beneficiário SARAH GABRIELA PAULINO DOS SANTOS		15 - UF PR	16 - Código CEO 225270
26 - Nome Social		14 - Número no Conselho 16598	
10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.		29 - Saúde Ocupacional	
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6	28 - Regime de Atendimento 01
12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO		27 - Indicador de Cobertura Especial	22 - Valor do Procedimento 100,00
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
18 - Data do Atendimento 01/03/2024 16:26		22 - Tipo de Consulta 1	
23 - Observações / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante  Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  Sarah Gabriela Paulino dos Santos			

Paciente: 107329 - SARAH GABRIELA PAULINO DOS SANTOS
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 01/03/2024
Data de Emissão: 07/03/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Esquerdo
LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENTISTA

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

1 - Registro AIS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 01/03/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RM [N]
8 - Número da Carteira 15614	9 - Validade da Carteira	10 - Nome SARAH GABRIELA PAULINO DOS SANTOS
89 - Nome Social		

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16598	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/03/2024	23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040804089	26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIKA
-------------------	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

Dados do Atendimento		32 - Saúde Ocupacional
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	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 001	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
36 - Data 01/03/2024	37 - Hora Inicial 16:30	38 - Hora Final 16:30	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040804089	41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIKA		

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional 06	54 - UF 41	55 - Código CBO 226270
48 - Seq. Rel 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 92691510930	51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado	
1 01/03/2024	3 11	5 11	7 11
2 11	4 11	6 11	8 11
			9 11
			10 11

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

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 - Total Geral (R\$) 48,00
--	--	---------------------------------------	---------------------------------	--	--	---------------------------------

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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
--	--