

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Lopes Sasso
Nº da Carteira: 3.23.4578
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 10/01/2013

Nº da Guia: 16661

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2024	09:19:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando futsal na aula de educação física quando tropeçou e caiu em cima do pé do colega, acabou caindo de mal jeito e torceu o pulso esquerdo, está com bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	09/04/2024

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 futsal na aula de educação física quando tropeçou e caiu em cima do pé do colega, acabou caindo de mal jeito e torceu o pulso esquerdo, está com bastante dor.

Franciele Sasso

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

Recebido pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

11 - Código CNES
2686988

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

17 - Tipo de Atendimento

17 - Indicador de Cobertura Especial

18 - Regime de Atendimento
01

19 - Saúde Ocupacional

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

19 - Tipo de Consulta
4

Marcos Paulo S. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 09/04/2024 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 15246 9 - Validade da Carteira 10 - Nome DAVI LOPES SASSO 12 - Atendimento a RM [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 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura] CRM 16598

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 09/04/2024 23 - Indicação Clínica Contusão punho E. 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030711037 26 - Descrição TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR 27 - Cide, Solc 001 28 - Cide, 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 32 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 09/04/2024 37 - Hora Inicial 10:36 38 - Hora Final 10:36 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0030711037 41 - Descrição TALA GESSADA - MEMBRO SUPERIOR 42 - Cide 001 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 1,00 46 - Valor Unitário (R\$) 10,00 47 - Valor Total (R\$) 10,00

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 - Cide 56 - Valor Total (R\$) 57 - Assinatura do Profissional 58 - Assinatura do Contratado/Operadora

55 - 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 do conservador

59 - Total de Procedimentos (R\$) 10,00 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\$) 10,00 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização [Assinatura] 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura] 68 - Assinatura do Contratado/Operadora [Assinatura] CRM 16598

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



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

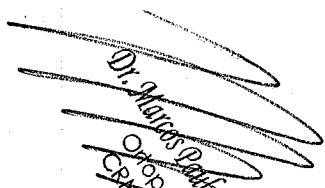
Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
01	17 - Registro ANVISA do Material	10:36	a	10:36	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24				
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	03	09/04/2024	10:36	a	10:36	19	70862001	1,00	36	1	4,72	4,72			
20 - Descrição MALHA TUBULAR 04x25 (1 metro)															
03	03	09/04/2024	10:36	a	10:36	19	70371539	1,00	36	1	1,07	1,07			
20 - Descrição LUVAS CIRURGICAS ESTERIL 7,5															
04	03	09/04/2024	10:36	a	10:36	19	70034583	1,00	36	1	20,36	20,36			
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10X03															
05	03	09/04/2024	10:36	a	10:36	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58			
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8															
06	07	09/04/2024	10:36	a	10:36	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 6,00															
22 - Total de Medicamentos 0,00															
23 - Total de Materiais (R\$) 74,97															
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\$) 98,15															

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 09/04/2024
Data de Emissão: 10/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.
40803104 - ANTEBRAÇO
Lado(s) : Esquerdo


Dr. Marcos Paulo S. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 09/04/2024	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 15246	9 - Validade da Carteira
	10 - Nome DAVI LOPES SASSO
	89 - Nome Social
	12 - Atendimento a RN []

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 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 09/04/2024	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solic. 001		
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803104	26 - Descrição ANTEBRACO	28 - Qtd. Aut.		
2					
3					
4					
5					

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

Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acdente (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 09/04/2024	37 - Hora Inicial 10:05	38 - Hora Final a	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803104	41 - Descrição ANTEBRACO	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
2		a									
3		a									
4		a									
5		a									

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 92691510930	51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 16598	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270			

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1	09/04/2024		3	/	/		5	/	/		7	/	/
2	/		4	/	/		6	/	/		8	/	/

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: Eduarda de Castro Hess
Nº da Carteirinha: 3.23.4775
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 03/10/2008

Nº da Guia: 16868

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2024	15:33:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

A Aluna estava jogando vôlei na hora do intervalo quando foi acertar a bola o dedo médio acabou indo para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Higson Felipe	42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	16/04/2024

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 vôlei na hora do intervalo quando foi acertar a bola o dedo médio acabou indo para trás.

Ass.: *Kelly B. Alves.*

Simone Ribas Schrott

Eduarda de Castro Hess

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234775

5 - Validade da Carteira
26/05/2025

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
EDUARDA DE CASTRO HESS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25663

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial
01

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
16/04/2024 18:19

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 25663

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

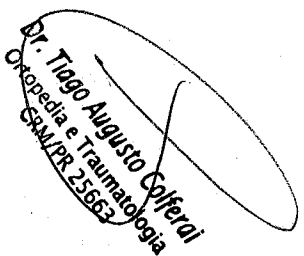
Deborah de Castro

Paciente: 103818 - EDUARDA DE CASTRO HESS
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 16/04/2024
Data de Emissão: 17/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Direito
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	
4 - Data da Autorização 16/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234775		9 - Validade da Carteira 26/05/2025	
10 - Nome EDUARDA DE CASTRO HESS		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/04/2024	
23 - Indicação Clínica		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contrato			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contrato CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
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 16/04/2024		37 - Hora Inicial 18:30	
38 - Hora Final 18:30		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd. 001		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red.Across	
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 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 16/04/2024 3 11 5 11 7 11 9 11 2 11 4 11 6 11 8 11 10 11			
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 Mariana Y. de Valt	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante Tiago Augusto Colferai Ortopedia e Traumatologia CRM PR 25663-001	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrielle Silveira Lima
Nº da Carteirinha: 3.23.3628
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/03/2012

Nº da Guia: 17258

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/04/2024	08:58:00	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 Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando basquete na aula de educação física, quando foi lançar a bola, a mesma bateu na parede e voltou no seu polegar da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	26/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna estava jogando basquete na aula de educação física, quando foi lançar a bola, a mesma bateu na parede e voltou no seu polegar da mão esquerda.

Ass.: 
Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
17258

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3233628

5 - Validade da Carteira
31/12/2029

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome

GABRIELLE SILVEIRA 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 CNES
2666988

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
26/04/2024 09:49

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Guaranda Menezes Lima

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
26/04/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233628

9 - Validade da Carteira
31/12/2029

10 - Nome
GABRIELLE SILVEIRA LIMA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
LN

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
228270

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
26/04/2024

23 - Indicação Clínica
Polegar em matêio mão E

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Cide Solic	28 - Cide Aut.
1 22	0030722764	001	001
2 22	0030711010	001	001
3			
4			
5			

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente 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	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 26/04/2024	10:14	a	10:14	22	0030722764	001				30,00	30,00
2 26/04/2024	10:14	a	10:14	22	0030711010	001				8,00	8,00
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq Ref
49 - Grau Part
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho

54 - Assinatura do Profissional

55 - Assinatura do Contratado

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopédicas Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
ATUAMENTO CONTAS MEDICAS

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

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

58 - Observação / Justificativa
do conservador

59 - Total de Procedimentos (R\$)
38,00

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\$)
38,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE 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	10:14	10:14	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	19 - Nº Autorização de Funcionamento	18,24					
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18															
02	26/04/2024	10:14	a	10:14	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90				
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m															
03	26/04/2024	10:14	a	10:14	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41				
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
04	26/04/2024	10:14	a	10:14	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19				
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)															
05	26/04/2024	10:14	a	10:14	18	60000465	2,00	36	1	23,18	46,36				
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															
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 46,36															
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00															
27 - Total Geral (R\$) 110,10															

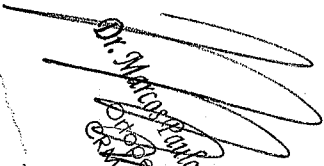
Paciente: 47757 - GABRIELLE SILVEIRA LIMA
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Soliciti.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 26/04/2024
Data de Emissão: 26/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
Dor e aumento de volume dorso da IF. Sem alt da extensão ativa.

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS


Dr. Marcos Paulo S. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 26/04/2024		5 - Sanha		8 - Nome do Beneficiário GABRIELLE SILVEIRA LIMA		9 - Nome Social	
8 - Número da Carteira 3233628		9 - Validade da Carteira 31/12/2029		10 - Nome GABRIELLE SILVEIRA LIMA		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Solicitante				Dados do Contratado			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 26/04/2024		23 - Indicação Clínica		28 - Qtd. Aut 001	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		29 - Qtd. Aut 48,00	
2		3		4		5	
Dados do Contratado Executante				31 - Código CINES 2686988			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		31 - Código CINES 2686988			
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 01	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				36 - Data 26/04/2024			
37 - Hora Inicial 09:53		38 - Hora Final 09:53		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	
36 - Data 26/04/2024		37 - Hora Inicial 09:53		38 - Hora Final 09:53		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		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 do Profissional 006		54 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
55 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		56 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		57 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		58 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
59 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		60 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		61 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		62 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
63 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		64 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		65 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		66 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
67 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		68 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		69 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		70 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
71 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		72 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		73 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		74 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
75 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		76 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		77 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		78 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
79 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		80 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		81 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		82 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
83 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		84 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		85 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		86 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
87 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		88 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		89 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		90 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
91 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		92 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		93 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		94 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
95 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		96 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		97 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		98 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
99 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		100 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		101 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		102 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
103 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		104 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		105 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		106 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
107 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		108 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		109 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		110 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
111 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		112 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		113 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		114 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
115 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		116 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		117 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		118 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
119 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		120 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		121 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		122 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
123 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		124 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		125 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		126 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
127 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		128 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		129 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		130 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
131 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		132 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		133 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		134 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
135 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		136 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		137 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		138 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
139 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		140 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		141 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		142 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
143 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		144 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		145 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		146 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
147 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		148 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		149 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		150 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
151 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		152 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		153 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		154 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
155 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		156 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		157 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		158 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrielle Silveira Lima
Nº da Carteirinha: 3.23.3628
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/03/2012 **Nº da Guia:** 17436

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2024	08:54:00	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 Esquerda

Descrição
Retorno

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	03/05/2024

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
Retorno

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

2 - Nº da Guia do Prestador

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233628

9 - Validade da Carteira
31/12/2029

10 - Nome
GABRIELLE SILVEIRA LIMA

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

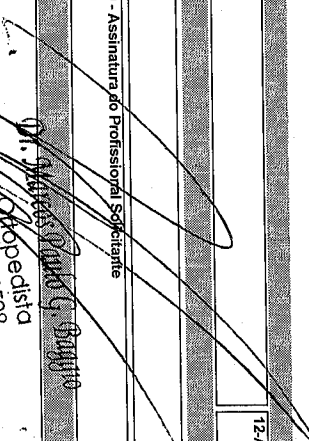
15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante


Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
03/05/2024

23 - Indicação Clínica
polegar em martelo

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Indicação Clínica
1

28 - Qtd. Aut.
001

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2686988

Dados do Contratado/Executante

32 - Tipo de Atendimento
04

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

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
91

36 - Data
03/05/2024

37 - Hora Inicial
14:02

38 - Hora Final
14:02

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

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

47 - Valor Total (R\$)
8.00

48 - Seq. Ref.
49 - Grau Part.
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

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

52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho

54 - Código CBO
55 - Nome do Profissional

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

58 - Observação/Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
8.00

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases/Medicinas (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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Contratado

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 PONTAGROSENSE 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./Acreso	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$						
01	17 - Registro ANVISA do Material	14:02	14:02	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	9,12	18,24						
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8																
02	03/05/2024	14:02	14:02	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90						
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m																
03	03/05/2024	14:02	14:02	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41						
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25																
04	03/05/2024	14:02	14:02	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19						
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)																
05	03/05/2024	14:02	14:02	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																
21 - Total de Gastos 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: Giulia Beatriz Bernardi

Nº da Carteira: 3.23.3392

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 28/11/2011

Nº da Guia: 17542



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2024	10:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A aluna estava jogando basquete na aula de educação física, e quando foi bloquear outra aluna, acabou torcendo o pé direito.

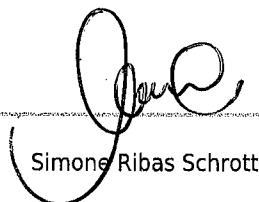
Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	08/05/2024

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
Foi avisado os pais do ocorrido, sugerido que a aluna seja avaliada na Clínica Pontagrossense.

Ass.:


Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
17542

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
GILIA BEATRIZ BERNARDI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
JOCEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
08/05/2024 13:07

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. Jociel José Solieri
Ortopedista Traumatologia
CRM-PR 16570

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 107084 - GIULIA BEATRIZ BERNARDI

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 08/05/2024

Data de Emissão: 13/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIKA - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito

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

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
08/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
17542

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
GIULIA BEATRIZ BERNARDI

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOCIEL JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16570

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
08/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Assinatura e Iluminação
Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
001 CRM/PR 16570

28 - Data Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
00000000

Dados do Contratado Executor

32 - Tipo de Atendimento
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
08/05/2024

37 - Hora Inicial
13:15

38 - Hora Final
13:15

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.

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1 08/05/2024 13:15 a 13:15 22 0040804089 TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

2 a

3 a

4 a

5 a

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

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

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FABRILAMENTO CONTAS MEDICAS

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

1 08/05/2024 3 1/1 5 1/1 7 1/1 9 1/1

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

58 - Observação / Justificativa

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: Grazielly Ferreira
Nº da Carteirinha: 3.23.4012
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/11/2008

Nº da Guia: 16738

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/04/2024	09:27:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando vôlei na aula de educação física, quando torceu o pé esquerdo quando desceu no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	10/04/2024

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 vôlei na aula de educação física, quando torceu o pé esquerdo quando desceu no chão.

Ass.: *Kelly Crystopher Alves*

Simone Ribas Schrott

blaudineis b. silo.

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 16738	5 - Validade da Carteira 01/10/2029	6 - Atendimento a RU LN
---------------------------------	--	----------------------------

7 - Nome
GRAZIELLY FERREIRA

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
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
11/04/2024 10:11

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. André Yutaka Okamoto
CROPR 53245

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Grazielly 3.140

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 11/04/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 16738

9 - Validade da Carteira 01/10/2029

10 - Nome GRAZIELLY FERREIRA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 80242746000140

14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 53245

18 - UF PR

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. André Yutaka Okamoto
OAB/RJ 53.245
CRM/RJ 19.870

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 11/04/2024 23 - Indicação Clínica ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

1	22	0030728134	LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001	
2	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
3					
4					
5					

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 3 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Regime de Atendimento 01 37 - 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 11/04/2024	10:45	a	10:45	22	0030728134 - LESÕES LIGAMENTAR TORNOZELO - REDUÇÃO INCRUENTA	001				88,00	88,00
2 11/04/2024	10:45	a	10:45	22	0030711010 - IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001				8,00	8,00
3		a									
4		a									
5		a									

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda

Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 00.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total do 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\$) 96,00
---	---	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---	------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
G. Grazielly Ferreira

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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



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

Despesas Realizadas	0000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	5 - Código CNES 2686988
---------------------	---------	--	----------------------------

Deepseas Realizdas	2686988
--------------------	---------

	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 11/04/2024	10:45	10:45	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
02	03	20 - Descrição 11/04/2024	10:45	10:45	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
03	03	20 - Descrição 11/04/2024	10:45	10:45	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
04	03	20 - Descrição 11/04/2024	10:45	10:45	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
05	03	20 - Descrição 11/04/2024	10:45	10:45	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
06	07	20 - Descrição 11/04/2024	10:45	10:45	18	60000465	2,00	36	1	23,18	46,36
07		20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS									
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\$) 55,56											
24 - Total de OPME (R\$) 0,00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis 46,36											
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00											
27 - Total Geral (R\$) 101,92											

Paciente: 57 - GRAZIELLY FERREIRA

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 11/04/2024

Data de Emissão: 17/04/2024

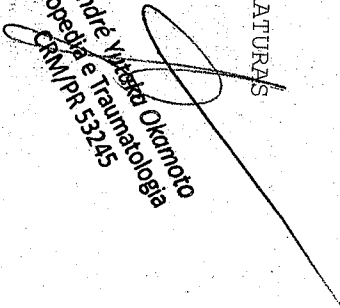
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA - SEM SINAIS DE FRATURAS
40804097 - PÉ OU PODOCTILO - SEM SINAIS DE FRATURAS


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 11/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 16738		9 - Validade da Carteira 01/10/2029	
10 - Nome GRAZIELLY FERREIRA		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 11/04/2024	
23 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9		24 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de Atendimento 01	
25 - Código do Procedimento 11/04/2024		26 - Descrição ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO	
27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut. 001	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	
34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de Atendimento 01		32 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 11/04/2024		37 - Hora Inicial 10:24	
38 - Hora Final 10:24		39 - Hora Final 10:24	
40 - Código do Procedimento 11/04/2024		41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
42 - Qtd. 001		43 - Via 001	
44 - Fator Red./Acresc. 1,00		45 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
46 - Valor Total (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
48 - Qtd. 001		49 - Via 001	
50 - Fator Red./Acresc. 1,00		51 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
52 - Valor Total (R\$) 48,00		53 - 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 1 11/04/2024 3 - / / 5 - / / 7 - / / 2 11/04/2024 4 - / / 6 - / / 8 - / /			
58 - Obs. Vacinação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Matérias (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\$) 96,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Rafael Ferreira
Nº da Carteirinha: 3.23.3310
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 30/08/2012

Nº da Guia: 17272

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/04/2024	11:00:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando basquete no intervalo(recreio) quando tropeçou caiu e bateu o ombro esquerdo na trave do gol.

Testemunha da ocorrência

Testemunha da ocorrência	Telefone
Higson Felipe	42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	26/04/2024

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(recreio) quando tropeçou caiu e bateu o ombro esquerdo na trave do gol.

Dr. Carlos C. Wozniak
CRM 10145-PR
Ortopedia

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

4 - Número da Carteira
172725 - Validade da Carteira
31/05/20296 - Atendimento a RN
[N]7 - Nome
GUILHERME RAFAEL FERREIRA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE PRATICAS E ORTOPEdia LTDA11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1014515 - UF
PR16 - Código CAO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

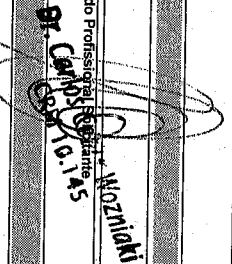
18 - Data do Atendimento
26/04/2024 11:4819 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

CRM 10145-PR
Ortodontista

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 26/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 17272		9 - Validade da Carteira 31/05/2029	
10 - Nome GUILHERME RAFAEL FERREIRA		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 CARLOS CEZAR WOZNIAKI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 10145		18 - UF PR	
19 - Código CBO 226270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 26/04/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
25 - Código do Procedimento 0030711010		26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
27 - Cide. Solic 001		28 - Cide. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E 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 01	
36 - Data 26/04/2024		37 - Hora Inicial 12:02	
38 - Hora Final 12:02		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030711010		41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
42 - Cide 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 - Seg. Prof. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 59294523934		51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 10145	
54 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		55 - Código CBO 226270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 26/04/2024		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 2 26/04/2024	
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 CPME (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	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

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

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	12:02	12:02	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	19 - Nº Autorização de Funcionamento	18,24
01	26/04/2024				70034362				9,12	
20 - Descrição	ATADURA CREPE 10X1,8									
02	26/04/2024	12:02	12:02	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1,8									
03	26/04/2024	12:02	12:02	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25									
04	26/04/2024	12:02	12:02	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)									
05	26/04/2024	12:02	12:02	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\$)	42,08
24 - Total de OPRME (R\$)	0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00
27 - Total Geral (R\$)	65,26

Paciente: 99523 - GUILHERME RAFAEL FERREIRA

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 26/04/2024

Data de Emissão: 29/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Ombro ap+p 2 inc

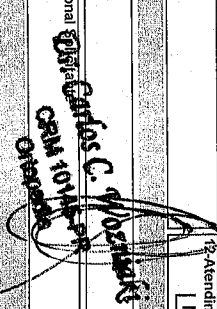
LAUDO DO EXAME:
40803074 - OMBRO ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL
Lado(s): Esquerdo SEM LESÃO OSSEA

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 18.145

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 26/04/2024	5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia	7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora
--------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8 - Nome do Beneficiário 17272	9 - Validade da Carteira 31/05/2029	10 - Nome GUILHERME RAFAEL FERREIRA	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 10145	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional  Carlos C. Wozniaki CRM 10145-PR Ortopedista
----------------------	--	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 26/04/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803074	26 - Descrição OMBR O ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
---	--	-----------------------------------	--	------------------------	--	--	-------------------------	----------------

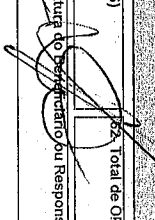
Dados do Contratado/Executante		29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2666988
--------------------------------	--	--	---	-----------------------------

Dados de Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Método de Encaminhamento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
----------------------	--	--------------------------------	---	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		38 - Data 26/04/2024	39 - Hora Inicial 11:50	40 - Hora Final 11:50	41 - Tabela 22	42 - Código do Procedimento 0040803074	43 - Descrição OMBR O ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	44 - Qtd. 001	45 - Via 001	46 - Fator Fed./Acresc. 1,00	47 - Valor Unitário (R\$) 48,00	48 - Valor Total (R\$) 48,00
---	--	-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	--	------------------	-----------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		49 - Seq. Ref. 1	50 - Grau Part. 12	51 - Código na Operadora/CPF 59294523934	52 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI	53 - Conselho Profissional 06	54 - Número no Conselho 25270	55 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIAS LTDA	56 - CNPJ 80.242.746/0001-40	57 - Faturamento Contas Médicas
--	--	---------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Data 1 26/04/2024	59 - Hora Inicial 11:50	60 - Hora Final 11:50	61 - Tabela 3	62 - Código do Procedimento 0040803074	63 - Descrição OMBR O ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	64 - Qtd. 001	65 - Via 001	66 - Fator Fed./Acresc. 1,00	67 - Valor Unitário (R\$) 48,00	68 - Valor Total (R\$) 48,00
--	--	---------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------	---	--	------------------	-----------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

58 - Observação / Justificativa TRAUMA NO OMBRO ESQUERDO		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 Médicos (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 48,00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  Carlos C. Wozniaki CRM 10145-PR Ortopedista
---	--	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	---	---------------------------------	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel de Almeida Mikota
Nº da Carteira: 3.23.4318
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 18/12/2008

Nº da Guia: 17078

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2024	14:59:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Retorno

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	22/04/2024

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
Retorno

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
17078

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 3234318	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome JOAO GABRIEL DE ALMEIDA MIKOTA	
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
14 - Número no Conselho 16570	
11 - Código CNES 0	
15 - UF PR	
16 - Código CBO 225270	
28 - Regime de Atendimento 01	
29 - Saúde Ocupacional	
22 - Valor do Procedimento 100,00	
21 - Código do Procedimento 0010101012	
27 - Indicador de Cobertura Especial	
20 - Tabela 22	
19 - Tipo de Consulta 4	
18 - Data do Atendimento 23/04/2024 17:06	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	
23 - Observação / Justificativa	
24 - Assinatura do Profissional Executante	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

Paciente: 63097 - JOAO GABRIEL DE ALMEIDA MIKOTA

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 23/04/2024

Data de Emissão: 24/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803112 - PUNHO + escafóide - sem lesão óssea aparente
Lado(s): Direito

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 23/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234318		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome JOAO GABRIEL DE ALMEIDA MIKOTA		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 23/04/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Código do Procedimento 0040803112		26 - Descrição PUNHO	
27 - Cide/ISSAT 001		28 - Cide. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 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 23/04/2024		37 - Hora Inicial 17:21	
38 - Hora Final 17:21		39 - Tabella 22	
40 - Código do Procedimento 0040803112		41 - Descrição PUNHO	
42 - Qide 001		43 - Via 1.00	
44 - Tec. 48.00		45 - Fator Red./Acresc. 48.00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48.00		47 - Valor Total (R\$) 48.00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 23/04/2024		37 - Hora Inicial 17:21	
38 - Hora Final 17:21		39 - Tabella 22	
40 - Código do Procedimento 0040803112		41 - Descrição PUNHO	
42 - Qide 001		43 - Via 1.00	
44 - Tec. 48.00		45 - Fator Red./Acresc. 48.00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48.00		47 - Valor Total (R\$) 48.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF PR		55 - Código CBO 225270	
Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80-242-746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 23/04/2024		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			
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: Kaio Candido Eleutério
Nº da Carteirinha: 3.23.3708
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 14/03/2012

Nº da Guia: 17207

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2024	10:02:00	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

O Aluno estava jogando basquete na aula de Educação Física, quando foi lançar a bola, a mesma retornou e acabou batendo no dedo indicador da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	25/04/2024

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 aula de Educação Física, quando foi lançar a bola, a mesma retornou e acabou batendo no dedo indicador da mão direita

Ass.: 
Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
1 N

4 - Número da Carteira
17207

7 - Nome
KAIO CANDIDO ELEUTERIO

26 - Nome Social

11 - Código CIES
2686988

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

9 - Código na Operadora
000001

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

18 - Data do Atendimento
25/04/2024 10:47

19 - Tipo de Consulta
1

23 - Observação/Justificativa

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

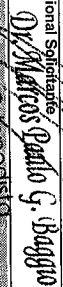
ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 25/04/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

8 - Nome do Beneficiário 17207	9 - Validade da Carteira	10 - Nome KAIO CANDIDO ELEUTERIO	11 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [X]
-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------	------------------------------

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  Ortopedista CRM 16598
--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/04/2024	23 - Indicação Clínica Entorse dedo da mão	24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
-----------------------------------	--	--	---	-------------------	---	--	-------------------------	----------------

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

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	---	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

38 - Data 25/04/2024		39 - Hora Inicial 11:06	40 - Hora Final 11:06	41 - Tabela 22	42 - Código do Procedimento 0030711010	43 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	44 - Qtd. 001	45 - Via 46 - Tec. 47 - Fator Red./Acresc. 1,00	48 - Valor Unitário (R\$) 8,00	49 - Valor Total (R\$) 8,00
-------------------------	--	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	--	------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Profissional	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 OPMIE (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 8,00
--	--	---------------------------------	---	--	---------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------

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

69 - Observação / Justificativa Não conservado		70 - Assinatura do Profissional	71 - Assinatura do Profissional	72 - Assinatura do Profissional	73 - Assinatura do Profissional	74 - Assinatura do Profissional	75 - Assinatura do Profissional	76 - Assinatura do Profissional	77 - Assinatura do Profissional	78 - Assinatura do Profissional	79 - Assinatura do Profissional	80 - Assinatura do Profissional	81 - Assinatura do Profissional	82 - Assinatura do Profissional	83 - Assinatura do Profissional	84 - Assinatura do Profissional	85 - Assinatura do Profissional	86 - Assinatura do Profissional	87 - Assinatura do Profissional	88 - Assinatura do Profissional	89 - Assinatura do Profissional	90 - Assinatura do Profissional	91 - Assinatura do Profissional	92 - Assinatura do Profissional	93 - Assinatura do Profissional	94 - Assinatura do Profissional	95 - Assinatura do Profissional	96 - Assinatura do Profissional	97 - Assinatura do Profissional	98 - Assinatura do Profissional	99 - Assinatura do Profissional	100 - Assinatura do Profissional
---	--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

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 e Executante

3 - Código na Operadora
0000001

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\$
01	17 - Registro ANVISA do Material 25/04/2024	11:06								
03		11:06	a	11:06	19	70034664	2,00	36	1	9,12
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	25/04/2024	11:06	a	11:06	19	70034389	2,00	36	1	19,95
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	25/04/2024	11:06	a	11:06	19	70861919	1,00	36	1	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	25/04/2024	11:06	a	11:06	19	70859205	1,00	36	1	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	25/04/2024	11:06	a	11:06	18	60000465	1,00	36	1	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										



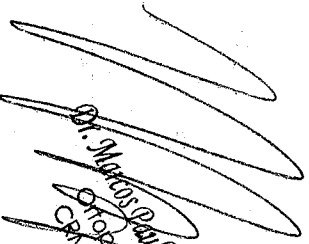
Paciente: 108054 - KAIO CANDIDO ELEUTERIO
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 25/04/2024
Data de Emissão: 26/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

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


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
4 - Data da Autorização 29/04/2024		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome KAIO CANDIDO ELEUTERIO													
8 - Número da Carteira 17207		12 - Atendimento a RU [N]		89 - Nome Social															
Dados do Beneficiário				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 16598													
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		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 29/04/2024				23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qde. Solic. 001		28 - Qde. Aut. 001		29 - Qde. Solic. 001		30 - Qde. Aut. 001							
31 - Código CINES 2886988		32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional							
Dados do Contratado Executante				38 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA				39 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO				40 - Código do Procedimento 0040803120				41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS			
42 - Data 25/04/2024		43 - Hora Inicial 10:53		44 - Hora Final 10:53		45 - Tabela 22		46 - Código do Procedimento 0040803120		47 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		48 - Qde. 001		49 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		50 - Valor Total (R\$) 48,00			
51 - Data 25/04/2024		52 - Hora Inicial 10:53		53 - Hora Final 10:53		54 - Tabela 22		55 - Código do Procedimento 0040803120		56 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		57 - Qde. 001		58 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		59 - Valor Total (R\$) 48,00			
60 - Data 25/04/2024		61 - Hora Inicial 10:53		62 - Hora Final 10:53		63 - Tabela 22		64 - Código do Procedimento 0040803120		65 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		66 - Qde. 001		67 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		68 - Valor Total (R\$) 48,00			
69 - Data 25/04/2024		70 - Hora Inicial 10:53		71 - Hora Final 10:53		72 - Tabela 22		73 - Código do Procedimento 0040803120		74 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		75 - Qde. 001		76 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		77 - Valor Total (R\$) 48,00			
78 - Data 25/04/2024		79 - Hora Inicial 10:53		80 - Hora Final 10:53		81 - Tabela 22		82 - Código do Procedimento 0040803120		83 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		84 - Qde. 001		85 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		86 - Valor Total (R\$) 48,00			
87 - Data 25/04/2024		88 - Hora Inicial 10:53		89 - Hora Final 10:53		90 - Tabela 22		91 - Código do Procedimento 0040803120		92 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		93 - Qde. 001		94 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		95 - Valor Total (R\$) 48,00			
96 - Data 25/04/2024		97 - Hora Inicial 10:53		98 - Hora Final 10:53		99 - Tabela 22		100 - Código do Procedimento 0040803120		101 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		102 - Qde. 001		103 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		104 - Valor Total (R\$) 48,00			
105 - Data 25/04/2024		106 - Hora Inicial 10:53		107 - Hora Final 10:53		108 - Tabela 22		109 - Código do Procedimento 0040803120		110 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		111 - Qde. 001		112 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		113 - Valor Total (R\$) 48,00			
114 - Data 25/04/2024		115 - Hora Inicial 10:53		116 - Hora Final 10:53		117 - Tabela 22		118 - Código do Procedimento 0040803120		119 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		120 - Qde. 001		121 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		122 - Valor Total (R\$) 48,00			
123 - Data 25/04/2024		124 - Hora Inicial 10:53		125 - Hora Final 10:53		126 - Tabela 22		127 - Código do Procedimento 0040803120		128 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		129 - Qde. 001		130 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		131 - Valor Total (R\$) 48,00			
132 - Data 25/04/2024		133 - Hora Inicial 10:53		134 - Hora Final 10:53		135 - Tabela 22		136 - Código do Procedimento 0040803120		137 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		138 - Qde. 001		139 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		140 - Valor Total (R\$) 48,00			
141 - Data 25/04/2024		142 - Hora Inicial 10:53		143 - Hora Final 10:53		144 - Tabela 22		145 - Código do Procedimento 0040803120		146 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		147 - Qde. 001		148 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		149 - Valor Total (R\$) 48,00			
150 - Data 25/04/2024		151 - Hora Inicial 10:53		152 - Hora Final 10:53		153 - Tabela 22		154 - Código do Procedimento 0040803120		155 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		156 - Qde. 001		157 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		158 - Valor Total (R\$) 48,00			
159 - Data 25/04/2024		160 - Hora Inicial 10:53		161 - Hora Final 10:53		162 - Tabela 22		163 - Código do Procedimento 0040803120		164 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		165 - Qde. 001		166 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		167 - Valor Total (R\$) 48,00			
168 - Data 25/04/2024		169 - Hora Inicial 10:53		170 - Hora Final 10:53		171 - Tabela 22		172 - Código do Procedimento 0040803120		173 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		174 - Qde. 001		175 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		176 - Valor Total (R\$) 48,00			
177 - Data 25/04/2024		178 - Hora Inicial 10:53		179 - Hora Final 10:53		180 - Tabela 22		181 - Código do Procedimento 0040803120		182 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		183 - Qde. 001		184 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		185 - Valor Total (R\$) 48,00			
186 - Data 25/04/2024		187 - Hora Inicial 10:53		188 - Hora Final 10:53		189 - Tabela 22		190 - Código do Procedimento 0040803120		191 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		192 - Qde. 001		193 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		194 - Valor Total (R\$) 48,00			
195 - Data 25/04/2024		196 - Hora Inicial 10:53		197 - Hora Final 10:53		198 - Tabela 22		199 - Código do Procedimento 0040803120		200 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		201 - Qde. 001		202 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		203 - Valor Total (R\$) 48,00			
204 - Data 25/04/2024		205 - Hora Inicial 10:53		206 - Hora Final 10:53		207 - Tabela 22		208 - Código do Procedimento 0040803120		209 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		210 - Qde. 001		211 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		212 - Valor Total (R\$) 48,00			
213 - Data 25/04/2024		214 - Hora Inicial 10:53		215 - Hora Final 10:53		216 - Tabela 22		217 - Código do Procedimento 0040803120		218 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		219 - Qde. 001		220 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		221 - Valor Total (R\$) 48,00			
222 - Data 25/04/2024		223 - Hora Inicial 10:53		224 - Hora Final 10:53		225 - Tabela 22		226 - Código do Procedimento 0040803120		227 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		228 - Qde. 001		229 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		230 - Valor Total (R\$) 48,00			
231 - Data 25/04/2024		232 - Hora Inicial 10:53		233 - Hora Final 10:53		234 - Tabela 22		235 - Código do Procedimento 0040803120		236 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		237 - Qde. 001		238 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		239 - Valor Total (R\$) 48,00			
240 - Data 25/04/2024		241 - Hora Inicial 10:53		242 - Hora Final 10:53		243 - Tabela 22		244 - Código do Procedimento 0040803120		245 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		246 - Qde. 001		247 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		248 - Valor Total (R\$) 48,00			
249 - Data 25/04/2024		250 - Hora Inicial 10:53		251 - Hora Final 10:53		252 - Tabela 22		253 - Código do Procedimento 0040803120		254 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		255 - Qde. 001		256 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		257 - Valor Total (R\$) 48,00			
258 - Data 25/04/2024		259 - Hora Inicial 10:53		260 - Hora Final 10:53		261 - Tabela 22		262 - Código do Procedimento 0040803120		263 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		264 - Qde. 001		265 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		266 - Valor Total (R\$) 48,00			
267 - Data 25/04/2024		268 - Hora Inicial 10:53		269 - Hora Final 10:53		270 - Tabela 22		271 - Código do Procedimento 0040803120		272 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		273 - Qde. 001		274 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		275 - Valor Total (R\$) 48,00			
276 - Data 25/04/2024		277 - Hora Inicial 10:53		278 - Hora Final 10:53		279 - Tabela 22		280 - Código do Procedimento 0040803120		281 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		282 - Qde. 001		283 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		284 - Valor Total (R\$) 48,00			
285 - Data 25/04/2024		286 - Hora Inicial 10:53		287 - Hora Final 10:53		288 - Tabela 22		289 - Código do Procedimento 0040803120		290 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		291 - Qde. 001		292 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		293 - Valor Total (R\$) 48,00			
294 - Data 25/04/2024		295 - Hora Inicial 10:53		296 - Hora Final 10:53		297 - Tabela 22		298 - Código do Procedimento 0040803120		299 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		300 - Qde. 001		301 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		302 - Valor Total (R\$) 48,00			
303 - Data 25/04/2024		304 - Hora Inicial 10:53		305 - Hora Final 10:53		306 - Tabela 22		307 - Código do Procedimento 0040803120		308 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		309 - Qde. 001		310 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		311 - Valor Total (R\$) 48,00			
312 - Data 25/04/2024		313 - Hora Inicial 10:53		314 - Hora Final 10:53		315 - Tabela 22		316 - Código do Procedimento 0040803120		317 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		318 - Qde. 001		319 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		320 - Valor Total (R\$) 48,00			
321 - Data 25/04/2024		322 - Hora Inicial 10:53		323 - Hora Final 10:53		324 - Tabela 22		325 - Código do Procedimento 0040803120		326 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		327 - Qde. 001		328 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		329 - Valor Total (R\$) 48,00			
330 - Data 25/04/2024		331 - Hora Inicial 10:53		332 - Hora Final 10:53		333 - Tabela 22		334 - Código do Procedimento 0040803120		335 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		336 - Qde. 001		337 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		338 - Valor Total (R\$) 48,00			
339 - Data 25/04/2024		340 - Hora Inicial 10:53		341 - Hora Final 10:53		342 - Tabela 22		343 - Código do Procedimento 0040803120		344 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		345 - Qde. 001		346 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		347 - Valor Total (R\$) 48,00			
348 - Data 25/04/2024		349 - Hora Inicial 10:53		350 - Hora Final 10:53		351 - Tabela 22		352 - Código do Procedimento 0040803120		353 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		354 - Qde. 001		355 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		356 - Valor Total (R\$) 48,00			
357 - Data 25/04/2024		358 - Hora Inicial 10:53		359 - Hora Final 10:53		360 - Tabela 22		361 - Código do Procedimento 0040803120		362 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		363 - Qde. 001		364 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		365 - Valor Total (R\$) 48,00			
366 - Data 25/04/2024		367 - Hora Inicial 10:53		368 - Hora Final 10:53		369 - Tabela 22		370 - Código do Procedimento 0040803120		371 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		372 - Qde. 001		373 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		374 - Valor Total (R\$) 48,00			
375 - Data 25/04/2024		376 - Hora Inicial 10:53		377 - Hora Final 10:53		378 - Tabela 22		379 - Código do Procedimento 0040803120		380 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		381 - Qde. 001		382 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		383 - Valor Total (R\$) 48,00			
384 - Data 25/04/2024		385 - Hora Inicial 10:53		386 - Hora Final 10:53		387 - Tabela 22		388 - Código do Procedimento 0040803120		389 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		390 - Qde. 001		391 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		392 - Valor Total (R\$) 48,00			
393 - Data 25/04/2024		394 - Hora Inicial 10:53		395 - Hora Final 10:53		396 - Tabela 22		397 - Código do Procedimento 0040803120		398 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		399 - Qde. 001		400 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		401 - Valor Total (R\$) 48,00			
402 - Data 25/04/2024		403 - Hora Inicial 10:53		404 - Hora Final 10:53		405 - Tabela 22		406 - Código do Procedimento 0040803120		407 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		408 - Qde. 001		409 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		410 - Valor Total (R\$) 48,00			
411 - Data 25/04/2024		412 - Hora Inicial 10:53		413 - Hora Final 10:53		414 - Tabela 22		415 - Código do Procedimento 0040803120		416 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		417 - Qde. 001		418 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		419 - Valor Total (R\$) 48,00			
420 - Data 25/04/2024		421 - Hora Inicial 10:53		422 - Hora Final 10:53		423 - Tabela 22		424 - Código do Procedimento 0040803120		425 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		426 - Qde. 001		427 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		428 - Valor Total (R\$) 48,00			
429 - Data 25/04/2024		430 - Hora Inicial 10:53		431 - Hora Final 10:53		432 - Tabela 22		433 - Código do Procedimento 0040803120		434 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		435 - Qde. 001		436 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		437 - Valor Total (R\$) 48,00			
438 - Data 25/04/2024		439 - Hora Inicial 10:53		440 - Hora Final 10:53		441 - Tabela 22		442 - Código do Procedimento 0040803120		443 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		444 - Qde. 001		445 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		446 - Valor Total (R\$) 48,00			
447 - Data 25/04/2024		448 - Hora Inicial 10:53		449 - Hora Final 10:53		450 - Tabela 22		451 - Código do Procedimento 0040803120		452 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		453 - Qde. 001		454 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		455 - Valor Total (R\$) 48,00			
456 - Data 25/04/2024		457 - Hora Inicial 10:53		458 - Hora Final 10:53		459 - Tabela 22		460 - Código do Procedimento 0040803120		461 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		462 - Qde. 001		463 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		464 - Valor Total (R\$) 48,00			
465 - Data 25/04/2024		466 - Hora Inicial 10:53		467 - Hora Final 10:53		468 - Tabela 22		469 - Código do Procedimento 0040803120		470 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		471 - Qde. 001		472 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		473 - Valor Total (R\$) 48,00			
474 - Data 25/04/2024		475 - Hora Inicial 10:53		476 - Hora Final 10:53		477 - Tabela 22		478 - Código do Procedimento 0040803120		479 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		480 - Qde. 001		481 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		482 - Valor Total (R\$) 48,00			
483 - Data 25/04/2024		484 - Hora Inicial 10:53		485 - Hora Final 10:53		486 - Tabela 22		487 - Código do Procedimento 0040803120		488 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		489 - Qde. 001		490 - Via 44 - Tec. 45 - Valor Unitário (R\$) 48,00		491 - Valor Total (R\$) 48,00			
492 - Data 25/04/2024		493 - Hora Inicial 10:53		494 - Hora Final 10:53		495 - Tabela 22		496 - Código do Procedimento 0040803120		497 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Farago de Souza
Nº da Carteira: 3.23.3896
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 09/04/2012

Nº da Guia: 16913



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2024	12:05:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava brincando com as amigas e correndo e bateu a mão na barriga da outra colega e torceu o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430
Gleciane Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gleciane	17/04/2024

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 brincando com as amigas e correndo e bateu a mão na barriga da outra colega e torceu o pulso.

Ass.:

Gleciane Jansen

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
16913

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RM
I N

4 - Número da Carteira
3233896

7 - Nome
LAURA FARAGO DE SOUZA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

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

11 - Código CNES
2686988

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25663

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

27 - Indicador de Cobertura Especial
01

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

17 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
9

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

18 - Data do Atendimento
17/04/2024 13:22

19 - Tipo de Consulta
1

23 - Observação / Justificativa

Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 25663

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 107935 - LAURA FARAGO DE SOUZA
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 17/04/2024
Data de Emissão: 18/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO
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	
4 - Data da Autorização 17/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233896		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome LAURA FARAGO DE SOUZA		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 25663		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/04/2024	
23 - Indicação Clínica		28 - Cidade Aut. 48,00	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803112	
26 - Descrição PUNHO		27 - Cidade	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
31 - Código CNES 2686988		32 - Tipo de Atendimento 23	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01	
37 - Saúde Ocupacional		38 - Saúde	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Data 17/04/2024		40 - Hora Inicial 13:29	
41 - Hora Final 13:29		42 - Código do Procedimento 0040803112	
43 - Descrição PUNHO		44 - Cidade 48,00	
45 - Via		46 - Tec.	
47 - Fator Red./Acresc.		48 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
49 - Valor Total (R\$) 48,00		50 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
49 - Seq. Ref. 1		50 - Grau Part. 12	
51 - Código na Operadora/CPF 05136246944		52 - Nome do Profissional TIAGO AUGUSTO COLFERAI	
53 - Conselho Profissional 06		54 - UF	
55 - Código CBO 26869		56 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIAS LTDA	
57 - CNPJ 80.242.746/0001-40		58 - Faturamento Contas Médicas	
59 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024			
60 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024		61 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024	
62 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024		63 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024	
64 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024		65 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/04/2024	
66 - Observação / Justificativa			
67 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
68 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
69 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
70 - Total de OPMs (R\$) 0,00			
71 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
72 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00			
73 - Total Geral (R\$) 48,00			
74 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
76 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Gonçalves de Oliveira

Nº da Carteira: 3.23.4508

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 16890

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2024	19:13:00	Ginásio	Treino

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, quando foi segurar uma bola lançada e o dedo anelar foi para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	16/04/2024

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, quando foi segurar uma bola lançada e o dedo anelar foi 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
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
13852

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25175

15 - UF
PR

16 - Código CEO
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
17/04/2024 08:02

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 Executivo
Dr. Dante Gubert Jr.
CRM 25.175

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Laura Gonçalves

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

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 17/04/2024		5 - Sanha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 13852		12 - Atendimento a RM [N]		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		89 - Nome Social	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 25175		18 - UF PR	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Carter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/04/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0030722403		26 - Descrição FRATURAS DE FALANGES OU METACARP - REDUÇÃO INCRUEN		27 - Qtd. Solic 001	
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 CUES 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		36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional		38 - Qtd. Solic 001	
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 17/04/2024		37 - Hora Inicial 08:46		38 - Hora Final 08:46	
39 - Tabela 1 22		40 - Código do Procedimento 0030722403		41 - Descrição FRATURAS DE FALANGES OU METACARP - REDUÇÃO INCRUEN		42 - Qtd 001	
2		3		4		5	
3		4		5		6	
4		5		6		7	
5		6		7		8	
6		7		8		9	
7		8		9		10	
8		9		10		11	
9		10		11		12	
10		11		12		13	
11		12		13		14	
12		13		14		15	
13		14		15		16	
14		15		16		17	
15		16		17		18	
16		17		18		19	
17		18		19		20	
18		19		20		21	
19		20		21		22	
20		21		22		23	
21		22		23		24	
22		23		24		25	
23		24		25		26	
24		25		26		27	
25		26		27		28	
26		27		28		29	
27		28		29		30	
28		29		30		31	
29		30		31		32	
30		31		32		33	
31		32		33		34	
32		33		34		35	
33		34		35		36	
34		35		36		37	
35		36		37		38	
36		37		38		39	
37		38		39		40	
38		39		40		41	
39		40		41		42	
40		41		42		43	
41		42		43		44	
42		43		44		45	
43		44		45		46	
44		45		46		47	
45		46		47		48	
46		47		48		49	
47		48		49		50	
48		49		50		51	
49		50		51		52	
50		51		52		53	
51		52		53		54	
52		53		54		55	
53		54		55		56	
54		55		56		57	
55		56		57		58	
56		57		58		59	
57		58		59		60	
58		59		60		61	
59		60		61		62	
60		61		62		63	
61		62		63		64	
62		63		64		65	
63		64		65		66	
64		65		66		67	
65		66		67		68	
66		67		68		69	
67		68		69		70	
68		69		70		71	
69		70		71		72	
70		71		72		73	
71		72		73		74	
72		73		74		75	
73		74		75		76	
74		75		76		77	
75		76		77		78	
76		77		78		79	
77		78		79		80	
78		79		80		81	
79		80		81		82	
80		81		82		83	
81		82		83		84	
82		83		84		85	
83		84		85		86	
84		85		86		87	
85		86		87		88	
86		87		88		89	
87		88		89		90	
88		89		90		91	
89		90		91		92	
90		91		92		93	
91		92		93		94	
92		93		94		95	
93		94		95		96	
94		95		96		97	
95		96		97		98	
96		97		98		99	
97		98		99		100	

56 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 30,00

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\$) 30,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CBO

73 - Assinatura do CBO

74 - Assinatura do CBO

75 - Assinatura do CBO

76 - Assinatura do CBO

77 - Assinatura do CBO

78 - Assinatura do CBO

79 - Assinatura do CBO

80 - Assinatura do CBO

81 - Assinatura do CBO

82 - Assinatura do CBO

83 - Assinatura do CBO

84 - Assinatura do CBO

85 - Assinatura do CBO

86 - Assinatura do CBO

87 - Assinatura do CBO

88 - Assinatura do CBO

89 - Assinatura do CBO

90 - Assinatura do CBO

91 - Assinatura do CBO

92 - Assinatura do CBO

93 - Assinatura do CBO

94 - Assinatura do CBO

95 - Assinatura do CBO

96 - Assinatura do CBO

97 - Assinatura do CBO

98 - Assinatura do CBO

99 - Assinatura do CBO

100 - Assinatura do CBO

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI 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 PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CINES
2666988

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	17/04/2024	08:26	a	08:26	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8											
02	17/04/2024	08:26	a	08:26	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m											
03	17/04/2024	08:26	a	08:26	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25											
04	17/04/2024	08:26	a	08:26	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)											
05	17/04/2024	08:26	a	08:26	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
20 - Descrição											
a											
2											



Paciente: 100211 - LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 17/04/2024
Data de Emissão: 17/04/2024

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo FRATURA FISÁRIA SEM DESVIO DA FM DO
4º DEDO

Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 17/04/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	

Dados do Beneficiário		89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN I N
8 - Número da Carteira 13852	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA	

Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25175	18 - UF PR
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/04/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1 22 0040803120	25 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	26 - Qtd. Solic. 001	27 - Qtd. Atend. 001	28 - Qtd. Atend. 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 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 01
36 - Data 17/04/2024		37 - Hora Inicial 08:08	38 - Hora Final 08:26

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Código do Procedimento 0040803120	40 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	41 - Qtd. 001	42 - Valor Unitário (R\$) 48,00
43 - Valor Total (R\$) 48,00	44 - Fator Red./Acresc. 1,00	45 - Valor Unitário (R\$) 48,00	46 - Valor Total (R\$) 48,00
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

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

48 - Seq Ref 1	49 - Grau Part 12	50 - Código na Operadora/CPF 00484351982	51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 25175	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
-------------------	----------------------	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 17/04/2024	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

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: Laura Gonçalves de Oliveira
Nº da Carteirinha: 3.23.4508
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 17292

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/04/2024	13:44:00	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

Retorno

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professor Ricardo Dubiel

42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Data

Kelly Crystopher Alves

26/04/2024

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

Retorno

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

17292

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3234508

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LAURA GONCALVES DE OLIVEIRA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16598

15 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

26/04/2024 17:27

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

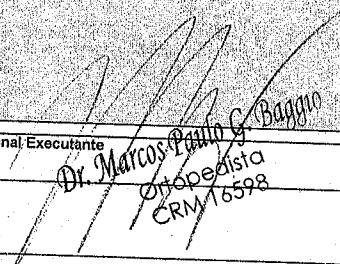
0010101012

22 - Valor do Procedimento

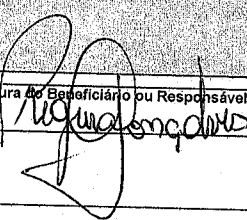
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lucas Menon Mercer

Nº da Carteirinha: 3.23.4391

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 16/03/2007

Nº da Guia: 17174

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2024	11:20:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Durante o jogo o aluno informou que ao tentar bater na bola de volei bateu com o dedo no colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marilda	(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marilda	24/04/2024

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
Foi comunicado a família que o aluno poderá buscar atendimento para avaliação médica na Clínica Pontagrossense.

Ass.:


Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
17174

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RU
[N]

7 - Nome
LUCAS MENON MERCER

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNEs
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18891

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
24/04/2024 13:14

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

D^r. Pedro M. S. Jacintho
ORTOPEDIA E PR
CRM PR 16891

Lucas M. Mercer

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
24/04/2024

5 - Sessão

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
17174

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUCAS MENON MERCER

11 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
18891

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
24/04/2024

23 - Indicação Clínica
Fratura arrancamento voiar de falange média de 3º QDD

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0030722420

26 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

27 - Qtd. Aut.
001

28 - Qtd. Aut.

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)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data
24/04/2024

39 - Hora Inicial
14:04

40 - Hora Final
14:04

41 - Tabela
22

42 - Código do Procedimento
0030722420

43 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

44 - Qtd. Aut.
001

45 - Data
24/04/2024

46 - Hora Inicial
14:04

47 - Hora Final
14:04

48 - Tabela
22

49 - Código do Procedimento
0030722420

50 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

51 - Qtd. Aut.
001

52 - Data
24/04/2024

53 - Hora Inicial
14:04

54 - Hora Final
14:04

55 - Tabela
22

56 - Código do Procedimento
0030722420

57 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

58 - Qtd. Aut.
001

59 - Data
24/04/2024

60 - Hora Inicial
14:04

61 - Hora Final
14:04

62 - Tabela
22

63 - Código do Procedimento
0030722420

64 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

65 - Qtd. Aut.
001

66 - Data
24/04/2024

67 - Hora Inicial
14:04

68 - Hora Final
14:04

69 - Tabela
22

70 - Código do Procedimento
0030722420

71 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

72 - Qtd. Aut.
001

73 - Data
24/04/2024

74 - Hora Inicial
14:04

75 - Hora Final
14:04

76 - Tabela
22

77 - Código do Procedimento
0030722420

78 - Descrição
FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT

79 - Qtd. Aut.
001

80 - Data
24/04/2024

81 - Hora Inicial
14:04

82 - Hora Final
14:04

83 - Tabela
22</

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 PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
-----------------------------------	---

Despesas Realizadas

[illegible][illegible]

Paciente: 108031 - LUCAS MENON MERCER

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 24/04/2024

Data de Emissão: 25/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

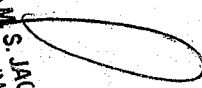
EXAME: Mão ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS

Lado(s): Direito

Fratura arrancamento volar.


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 24/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 17174		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome LUCAS MENON MERCER		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 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 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 24/04/2024	
23 - Indicação Clínica trauma		24 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Pedro M. S. JACINTHO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PR 18891	
25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
27 - Qtd. Solic. 084		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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 24/04/2024		37 - Hora Inicial 13:51	
38 - Hora Final 13:51		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. 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 27104004807		51 - Nome do Profissional PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 18891	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 24/04/2024		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			
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			

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Menon Mercer

Nº da Carteirinha: 3.23.4391

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 16/03/2007

Nº da Guia: 17504

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/24	08:55:00	Ginásio	Intervalo

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Retorno

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Marilda Lopes	42 9907-5884

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	07/05/2024

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
Retorno

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 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 de Autorização
30/04/2024

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
17174

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUCAS MENON MERCER

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
225270

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
30/04/2024

23 - Indicação Clínica
Clínica de lesão de mão

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Data de Solic.
001

28 - Data de 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./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 30/04/2024	13:30	a	13:30	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (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 - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda

CNPJ 80.242.746/0001-40

FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa

lesão de polegar direito

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicos (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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Ortopedista
CRM 16598

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
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

Despesas Realizadas

5 - Código CNES
2686988

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	30/04/2024	13:30	a	13:30	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8												
02	03	30/04/2024	13:30	a	13:30	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m												
03	03	30/04/2024	13:30	a	13:30	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
04	03	30/04/2024	13:30	a	13:30	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)												
05	07	30/04/2024	13:30	a	13:30	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												
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: Luiz Gustavo Pinto de Carvalho
Nº da Carteira: 3.23.4149
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/05/2010

Nº da Guia: 16854

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2024	11:16:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pescoço

Descrição

O Aluno estava jogando queimada na aula de educação física, quando foi lançar uma bola e sentiu o pescoço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Ricardo Dubiel	Luiz Gustavo Pinto d

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	16/04/2024

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 foi lançar uma bola e sentiu o pescoço.

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

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
16854

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
LUIZ GUSTAVO PINTO DE CARVALHO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
0000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
16/04/2024 15:16

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Marcos Paulo Baggio

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

Paciente: 60474 - LUIZ GUSTAVO PINTO DE CARVALHO

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 16/04/2024

Data de Emissão: 13/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

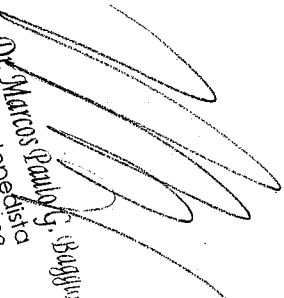
EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Coluna cervical ap+po 3 inc

LAUDO DO EXAME:

RX - retificação da lordose

40802019 - COLUNA CERVICAL 3 INC


D. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
1598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 16/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 16854		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome LUIZ GUSTAVO PINTO DE CARVALHO		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 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/04/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040802019	
26 - Descrição COLUNA CERVICAL 3 INC		27 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO G. BAGGIO	
28 - Cód. At. 001		29 - Cód. At. Ortopedista	
30 - Cód. CPM 16598		31 - Código CIES 2686988	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
38 - Data 16/04/2024		39 - Hora Inicial 15:23	
40 - Hora Final 15:23		41 - Código do Procedimento 0040802019	
42 - Descrição COLUNA CERVICAL 3 INC		43 - Qtd 001	
44 - Via 1,00		45 - Valor Unitário (R\$) 62,40	
46 - Valor Total (R\$) 62,40		47 - Valor Total (R\$) 62,40	
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 226270	
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATORAMENTO CONTAS MEDICAS			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 16/04/2024			
2 1 1		3 1 1	
4 1 1		5 1 1	
6 1 1		7 1 1	
8 1 1		9 1 1	
10 1 1		11 1 1	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 62,40		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\$) 62,40		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Avanzini

Nº da Carteira: 3.23.3249

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 12/07/2011

Nº da Guia: 17028

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2024	12:17:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Durante o recreio estavam brincando com a bola e a bola bateu no dedo da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Higson Felipe Coelho da Silva	429931-2966

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

Observações

Foi comunicado a avó para que realizem atendimento na clínica pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

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

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
17028

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5623 249

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RV

7 - Nome

MARIA EDUARDA AVANZINI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

12 - Nome do Profissional Executante

GUILHERME K. SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

18852

11 - Código CNES

2686988

15 - UF

PR

16 - Código CBO

226270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (golpe ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

18 - Data do Atendimento

19/04/2024 14:12

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

29 - Saúde Ocupacional

22 - Valor do Procedimento

130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

26 - Assinatura do Profissional Executante

27 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

28 - Assinatura do Profissional Executante

29 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

30 - Assinatura do Profissional Executante

31 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

32 - Assinatura do Profissional Executante

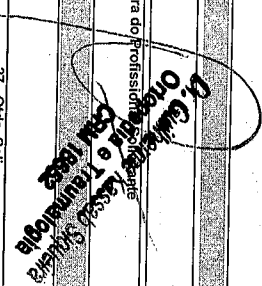
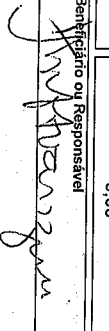
33 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

34 - Assinatura do Profissional Executante

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 19/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233249		9 - Validade da Carteira 01/04/2029	
10 - Nome MARIA EDUARDA AVANZINI		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 GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18652		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 19/04/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DO 5 DEDO - IMOBILIZAÇÃO COM TALA METALICA		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030711010	
26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		27 - Qlde. Solic. 001	
28 - Qlde. Aut. 8,00		29 - Qlde. Total (R\$) 8,00	
Dados do Contratado/Escritório			
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 (paciente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
36 - Data 19/04/2024		37 - Hora Inicial 15:17	
38 - Hora Final 15:17		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030711010		41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
42 - Qlde. 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 1,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 8,00		47 - Valor Total (R\$) 8,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(is)			
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - Nome do Profissional 55 - Nome do Profissional 56 - Nome do Profissional	
57 - Nome do Profissional 58 - Nome do Profissional 59 - Nome do Profissional 60 - Nome do Profissional 61 - Nome do Profissional 62 - Nome do Profissional 63 - Nome do Profissional 64 - Nome do Profissional 65 - Nome do Profissional 66 - Nome do Profissional 67 - Nome do Profissional 68 - Nome do Profissional 69 - Nome do Profissional 70 - Nome do Profissional 71 - Nome do Profissional 72 - Nome do Profissional 73 - Nome do Profissional 74 - Nome do Profissional 75 - Nome do Profissional 76 - Nome do Profissional 77 - Nome do Profissional 78 - Nome do Profissional 79 - Nome do Profissional 80 - Nome do Profissional 81 - Nome do Profissional 82 - Nome do Profissional 83 - Nome do Profissional 84 - Nome do Profissional 85 - Nome do Profissional 86 - Nome do Profissional 87 - Nome do Profissional 88 - Nome do Profissional 89 - Nome do Profissional 90 - Nome do Profissional 91 - Nome do Profissional 92 - Nome do Profissional 93 - Nome do Profissional 94 - Nome do Profissional 95 - Nome do Profissional 96 - Nome do Profissional 97 - Nome do Profissional 98 - Nome do Profissional 99 - Nome do Profissional 100 - Nome do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa IMOBILIZAÇÃO DO 5 DEDO COM TALA METALICA			
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 Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 8,00		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 			
68 - Assinatura do Contratado			

Clínica 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)

[illegible]

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CNES
2686988

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	17 - Registro ANVISA do Material 19/04/2024	15:17	15:17	19	70799172	2,00	38	1	2,22	4,44			
02	20 - Descrição	ESPARADRAPO 10X4,5 (10 cm)											
03	03	19/04/2024	15:17	a	15:17	19	70754284	1,00	36	1	11,97	11,97	
03	20 - Descrição	TALA ALUMINIO 16X250 MEDIA											
07	19/04/2024	15:17	a	15:17	18	60000466	1,00	36	1	23,18	23,18		
04	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS											
05	20 - Descrição				a								
06	20 - Descrição				a								
07	20 - Descrição				a								
08	20 - Descrição				a								
09	20 - Descrição				a								
10	20 - Descrição				a								
21 - Total de Gases	0,00	22 - Total de Medicamentos	0,00	23 - Total de Materiais (R\$)	16,41	24 - Total de OPME (R\$)	0,00	25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18	26 - Total de Diárias (R\$)	0,00	27 - Total Geral (R\$)	39,59

Paciente: 107969 - MARIA EDUARDA AVANZINI
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 19/04/2024
Data de Emissão: 22/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
SEM SINAIS DE FRATURAS EVIDENTES AO MÉTODO


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM: 18652

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 19/04/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 3233249	9 - Validade da Carteira 01/04/2029	10 - Nome MARIA EDUARDA AVANZINI	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 GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 18652	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 19/04/2024	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS			
2		27 - Data Solic. 19/04/2024				
3		28 - Cde. Aut. 001				
4						
5						

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

Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente 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											
1	36 - Data 19/04/2024	37 - Hora Inicial 14:28	38 - Hora Final 14:28	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	42 - Qtd 001	43 - Via 1.00	44 - Tec. 48.00	45 - Valor Unitário (R\$) 48.00	46 - Valor Total (R\$) 48.00
2											
3											
4											
5											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										Clínica Pontagrossense de	
48 - Seq Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 02713099978		51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número de Registro e Ortopedias - Lido CBO CNPJ 80.242.746/0001-48 5270	
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS											

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
1	19/04/2024		3		1/1		5		1/1		7	
2	1/1		4		1/1		6		1/1		8	
3	1/1		5		1/1		6		1/1		7	
4	1/1		6		1/1		7		1/1		8	
5	1/1		7		1/1		8		1/1		9	
6	1/1		8		1/1		9		1/1		10	
7	1/1		9		1/1		10		1/1		11	
8	1/1		10		1/1		11		1/1		12	

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: Mariane Domareski

Nº da Carteira: 3.23.4951

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 07/02/2013

Nº da Guia: 17202

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2024	08:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando basquete na aula de educação física, quando a bola acabou batendo no seu 3º dedo da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	25/04/2024

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 basquete na aula de educação física, quando a bola acabou batendo no seu 3º dedo da mão esquerda.

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
17202

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3234951

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome
MARIANE DOMARESKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

2919

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

25/04/2024 09:56

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabula

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
CRM - 2919

Paula Silveira de Jesus

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

DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT

8 - Numero da Carteira	3234951	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	89 - Nome Social
		MARIANE DOMARESKI		

12-Atendimento a RN

[N]

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Publicação/Emissão
1	25/04/2024	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
	27 - Códex Solic	28 - Códex Aut.
	001	

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

[illegible]

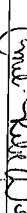
	Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)						
48 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Ordem/Cpf	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

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

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

Sr. Observação (Opcional)

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (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						
☒ 67 - Assinatura do Beneficiário/ou Responsável 						
68 - Assinatura do Contratado						

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

Despesas Realizadas	0000001	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	5 - Código CNES 26669688
---------------------	---------	--	-----------------------------

	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	25/04/2024	10:25	a	10:25	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8												
02	03	25/04/2024	10:25	a	10:25	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m												
03	03	25/04/2024	10:25	a	10:25	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
04	03	25/04/2024	10:25	a	10:25	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)												
05	07	25/04/2024	10:25	a	10:25	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												
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: 107549 - MARIANE DOMARESKI
Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Data Exame: 25/04/2024
Data de Emissão: 13/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

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

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM 12510

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 25/04/2024		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234951		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MARIANE DOMARESKI		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 LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 2919		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Luiz Jacintho Siqueira Ortopedista CRM 2919	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/04/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Cide, Solic 001	
28 - Qide, Aut 001			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CUES 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 25/04/2024		37 - Hora Inicial 10:00	
38 - Hora Final 10:00		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Cide 001		43 - Via 1,00	
44 - Fator Red./Acresc 48,00		45 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
46 - Valor Total (R\$) 48,00			
Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)			
49 - 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 25/04/2024			
2 1/1		3 1/1	
4 1/1		5 1/1	
6 1/1		7 1/1	
8 1/1		9 1/1	
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 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: Miguel Scheffer

Nº da Carteirinha: 3.23.4389

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 06/12/2015

Nº da Guia: 17039

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2024	15:47:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Mão Esquerda

Descrição

O Aluno estava brincando no ginásio, jogando futebol quando pisou na bola e caiu em cima da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Kathland	42 9801-2578

Quem prestou primeiros socorros

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	19/04/2024

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 brincando no ginásio, jogando futebol quando pisou na bola e caiu em cima da mão esquerda.

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

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
17038

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome
MIGUEL SCHEIFER

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES

2866988

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número do Conselho
18652

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
19/04/2024 16:30

19 - Tipo de Consulta

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 107977 - MIGUEL SCHEIFER

Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA

Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA

Data Exame: 19/04/2024

Data de Emissão: 22/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
SLO


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
C.R.O. 18652

ADVENTISTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 19/04/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 17039		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MIGUEL SCHEIFER		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RRT [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18652		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 19/04/2024	
23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic. 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		28 - Qtd. Aut. 001	
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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 19/04/2024		37 - Hora Inicial 16:50	
38 - Hora Final a 16:50		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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 19/04/2024		37 - Hora Inicial 16:50	
38 - Hora Final a 16:50		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 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPP 02713099978		51 - Nome do Profissional GUILHERME K. SIQUEIRA	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 18652	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19/04/2024			
2 - 1 1 1		3 - 1 1 1	
4 - 1 1 1		5 - 1 1 1	
6 - 1 1 1		7 - 1 1 1	
8 - 1 1 1		9 - 1 1 1	
10 - 1 1 1			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathália Larocca

Nº da Carteira: 3.23.4658

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 29/04/2010

Nº da Guia: 16856

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2024	11:22:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna Nathália estava jogando queimada na aula de educação física, quando foi buscar a bola sua colega se abaixou a Nathália tropeçou e acabou batendo o pescoço no joelho da colega.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo Dubiel

Telefone

42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

16/04/2024

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 Nathália estava jogando queimada na aula de educação física, quando foi buscar a bola sua colega se abaixou a Nathália tropeçou e acabou batendo o pescoço no joelho da colega.

Ass.: Kelly C. Alves,

Simone Ribas Schrott

fascia

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
168565 - Validade da Carteira
30/06/20296 - Atendimento a RM
[N]7 - Nome
NATHALIA LARocca

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1659815 - UF
PR16 - Código CBO
22527011 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
16/04/2024 16:2119 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Nathalia Larocca

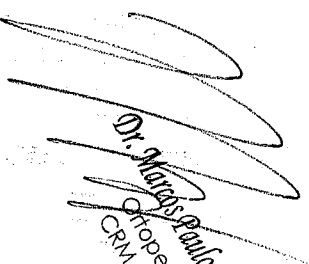
Paciente: 98367 - NATHALIA LARocca
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 16/04/2024
Data de Emissão: 13/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Coluna cervical ap+pto 3 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - retificação dao lordose cervical.

40802019 - COLUNA CERVICAL 3 INC


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 16/04/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 16856

9 - Validade da Carteira 30/06/2029

10 - Nome NATHALIA LAROCCA

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

21 - Caracter do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação 16/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040802019

26 - Descrição COLUNA CERVICAL 3 INC

27 - Qtd. Solic. 001

28 - Qtd. Aut.

29 - Qtd. Solic. 001

30 - Qtd. Aut.

31 - Qtd. Aut.

32 - Qtd. Aut.

33 - Qtd. Aut.

34 - Qtd. Aut.

35 - Qtd. Aut.

36 - Qtd. Aut.

37 - Qtd. Aut.

38 - Qtd. Aut.

39 - Qtd. Aut.

40 - Qtd. Aut.

41 - Qtd. Aut.

42 - Qtd. Aut.

43 - Qtd. Aut.

44 - Qtd. Aut.

45 - Qtd. Aut.

46 - Qtd. Aut.

47 - Qtd. Aut.

48 - Qtd. Aut.

49 - Qtd. Aut.

50 - Qtd. Aut.

51 - Qtd. Aut.

52 - Qtd. Aut.

53 - Qtd. Aut.

54 - Qtd. Aut.

55 - Qtd. Aut.

56 - Qtd. Aut.

57 - Qtd. Aut.

58 - Qtd. Aut.

59 - Qtd. Aut.

60 - Qtd. Aut.

61 - Qtd. Aut.

62 - Qtd. Aut.

63 - Qtd. Aut.

64 - Qtd. Aut.

65 - Qtd. Aut.

66 - Qtd. Aut.

67 - Qtd. Aut.

68 - Qtd. Aut.

69 - Qtd. Aut.

70 - Qtd. Aut.

71 - Qtd. Aut.

72 - Qtd. Aut.

73 - Qtd. Aut.

74 - Qtd. Aut.

75 - Qtd. Aut.

76 - Qtd. Aut.

77 - Qtd. Aut.

78 - Qtd. Aut.

79 - Qtd. Aut.

80 - Qtd. Aut.

81 - Qtd. Aut.

82 - Qtd. Aut.

83 - Qtd. Aut.

84 - Qtd. Aut.

85 - Qtd. Aut.

86 - Qtd. Aut.

87 - Qtd. Aut.

88 - Qtd. Aut.

89 - Qtd. Aut.

90 - Qtd. Aut.

16/04/2024 16:25 a 16:25 22 0040802019 COLUNA CERVICAL 3 INC

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 - Motivo de Encerramento do Atendimento 37 - Regime de Atendimento 01 38 - Saúde Ocupacional 39 - Saúde Ocupacional 40 - Saúde Ocupacional 41 - Saúde Ocupacional 42 - Saúde Ocupacional 43 - Saúde Ocupacional 44 - Saúde Ocupacional 45 - Saúde Ocupacional 46 - Saúde Ocupacional 47 - Saúde Ocupacional 48 - Saúde Ocupacional 49 - Saúde Ocupacional 50 - Saúde Ocupacional 51 - Saúde Ocupacional 52 - Saúde Ocupacional 53 - Saúde Ocupacional 54 - Saúde Ocupacional 55 - Saúde Ocupacional 56 - Saúde Ocupacional 57 - Saúde Ocupacional 58 - Saúde Ocupacional 59 - Saúde Ocupacional 60 - Saúde Ocupacional 61 - Saúde Ocupacional 62 - Saúde Ocupacional 63 - Saúde Ocupacional 64 - Saúde Ocupacional 65 - Saúde Ocupacional 66 - Saúde Ocupacional 67 - Saúde Ocupacional 68 - Saúde Ocupacional 69 - Saúde Ocupacional 70 - Saúde Ocupacional 71 - Saúde Ocupacional 72 - Saúde Ocupacional 73 - Saúde Ocupacional 74 - Saúde Ocupacional 75 - Saúde Ocupacional 76 - Saúde Ocupacional 77 - Saúde Ocupacional 78 - Saúde Ocupacional 79 - Saúde Ocupacional 80 - Saúde Ocupacional 81 - Saúde Ocupacional 82 - Saúde Ocupacional 83 - Saúde Ocupacional 84 - Saúde Ocupacional 85 - Saúde Ocupacional 86 - Saúde Ocupacional 87 - Saúde Ocupacional 88 - Saúde Ocupacional 89 - Saúde Ocupacional 90 - Saúde Ocupacional

31 - Código CNES 2869988

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

1 16/04/2024 3 16/04/2024 4 16/04/2024 5 16/04/2024 6 16/04/2024 7 16/04/2024 8 16/04/2024 9 16/04/2024 10 16/04/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdIAS LTDA CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

62,40 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

62,40 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

62,40 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 25/04/2011 **Nº da Guia:** 17442

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2024	10:08:00	Ginásio	Intervalo (recreio)

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

Descrição
O Aluno estava jogando vôlei na hora do intervalo e acabou chutando o chão, está com muita dor no 1º dedo do pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Higson Felipe	42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	03/05/2024

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 vôlei na hora do intervalo e acabou chutando o chão, está com muita dor no 1º dedo do pé esquerdo.

Ass.: 
Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

3233732

5 - Validade da Carteira

12/12/2025

6 - Atendimento a RN

☒ N

7 - Nome
PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

CARLOS CEZAR WOZNIAKI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

10145

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

☒ 9

27 - Indicador de Cobertura Especial

01

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

01

18 - Data do Atendimento

04/05/2024 10:14

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

130,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Carlos Cezar Wozniaki
04/05/2024 10:14

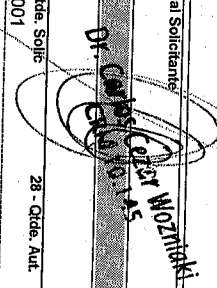
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

João Paulo C. Silva

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 04/05/2024	5 - Senha	8 - Nome do Beneficiário 3233732	9 - Validade da Carteira 12/12/2025
10 - Nome PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO	11 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [IN]	
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 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 04/05/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1
25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição MOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	27 - Qtd. Solt. 001	28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	31 - Código CNES 2686988	
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 04/05/2024	37 - Hora Inicial 11:08	38 - Hora Final 11:08	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição MOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Qtd. 001	43 - Via 1,00
44 - Tec. 8,00	45 - Fator Red./Aprec. 8,00	46 - Valor Unitário (R\$) 8,00	47 - Valor Total (R\$) 8,00
48 - Seq. Rel 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 59294523934	51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI
52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 10145	54 - UF 41	55 - Código CBO 226270
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização de Procedimentos em Série 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00
62 - Total de OPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 8,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	

CLINICA Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
CAPTAMENTO 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
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas

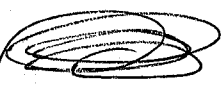
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qte.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
01	03	04/05/2024	11:08	a	11:08	19	70034680	1,00	36	1	60,71	60,71
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 12cm X 1,8m												
02	03	04/05/2024	11:08	a	11:08	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
03	03	04/05/2024	11:08	a	11:08	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)												
04	03	04/05/2024	11:08	a	11:08	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
20 - Descrição LUVAS PROCEDIMENTO G												
05	03	04/05/2024	11:08	a	11:08	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
20 - Descrição ATADURA CREPE 16X18												
06	07	04/05/2024	11:08	a	11:08	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\$) 98,03												
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\$) 121,21												

Paciente: 104017 - PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 04/05/2024
Data de Emissão: 08/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Direito FRATURA DORSO FALANGE PROXIMAL DO HALUX


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 19.145

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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
04/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3233732

9 - Validade da Carteira
12/12/2025

10 - Nome
PEDRO HENRIQUE ASSIS DO NASCIMENTO

89 - Nome Social

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

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

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
04/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804097

26 - Descrição
PÉ OU PODODACTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES
2685988

32 - Tipo de Atendimento
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
04/05/2024

37 - Hora Inicial
10:34

38 - Hora Final
10:34

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040804097

41 - Descrição
PÉ OU PODODACTILO

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Real/Acrese
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

48 - Seq. Ref.
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
59294523934

51 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
10145

54 - UF
PR

55 - Código CBO
2685988

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

58 - Observação / Justificativa
TRAUMA NO HALIUX

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 Medicinas (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

69 - Total de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Contratado

Dr. Carlos Cezar Wozniak
CRM 10145

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Salomão Prestes

Nº da Carteirinha: 3.23.4869

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/10/2012

Nº da Guia: 17659

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2024	17:07:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O Aluno estava jogando vôlei no intervalo(recreio) quando foi lançar a bola acabou batendo com o polegar esquerdo na mão do colega.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitor Higson Felipe

42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros

Data

Kelly Crystopher Alves

10/05/2024

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 vôlei no intervalo(recreio) quando foi lançar a bola acabou batendo com o polegar esquerdo na mão do 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

Impresso por: Simone Ribas Schrott

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador
17659

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234869

5 - Validade da Carteira
12/12/2028

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
SALOMAO PRESTES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25663

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
10/05/2024 17:53

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
100,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Luiz Carlos B. Costa

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 10/05/2024	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234989	9 - Validade da Carteira 12/12/2028	10 - Nome SALOMAO PRESTES	11 - Nome Social
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI	16 - Conselho Profissional 06
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 10/05/2024	23 - Indicação Clínica Fratura avulsão do dorso da falange distal do polegar esquerdo	24 - UF PR
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0030722420	26 - Descrição FRATURAS / LUXAÇÕES DE FALANGES - REDUÇÃO INCRUENT	27 - Cidade Solicitante 001
2	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	31 - Código CRIES 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
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 10/05/2024	37 - Hora Inicial 18:30	38 - Hora Final 18:30	39 - Tabela 22
1	10/05/2024	18:30	a
2	10/05/2024	18:30	a
3			
4			
5			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 49	49 - Grau Part. 50	50 - Código na Operadora/CPF 51	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1	1	3	1
2	1	4	1
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
58 - Observação / Justificativa realizo tratamento incruento de fratura avulsão da falange distal com tala de aluminio			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 62,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPMs (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 62,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

ADVENTISTA

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



1 - Registro ANS
000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Execitante

3 - Código na Operadora
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

Despesas Realizadas

5 - Código CNES
2666988

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
01	17 - Registro ANVISA do Material	18:30	18:30	19	70799172	2,00	38	1	2,22	4,44		
20 - Descrição ESPARADRAPO 10X4,5 (10 cm)												
02	03	10/05/2024	18:30	a	18:30	19	70754284	1,00	36	1	11,97	11,97
20 - Descrição TALA ALUMINIO 16X250 MEDIA												
03	07	10/05/2024	18:30	a	18:30	18	60000465	2,00	36	1	23,18	46,36
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS												
04	a											
20 - Descrição												
05	a											
20 - Descrição												
06	a											
20 - Descrição												
07	a											
20 - Descrição												
08	a											
20 - Descrição												
09	a											
20 - Descrição												
10	a											
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												

Paciente: 108246 - SALOMAO PRESTES

Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Data Exame: 10/05/2024

Data de Emissão: 13/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS

Laço(s): Direito

LAUDO: MINIMA FRATURA-AVULSÃO DORSAL DA FALANGE DISTAL DO POLEGAR DIREITO SEM DESVIO

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
10/05/2024

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3234869

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
SALOMAO PRESTES

89 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25663

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
10/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Cide Soli
Dr. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

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
10/05/2024

39 - Hora Inicial
17:57

40 - Hora Final
17:57

41 - Código do Procedimento
0040803120

42 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

43 - Cide
001

44 - Via
001

45 - Fator Red/Acresc
1,00

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
05136246944

51 - Nome do Profissional
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
26663

54 - UF
41

55 - Código CBO
226270

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

1 10/05/2024

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

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 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
PACOTAMENTO CONTAS MEDICAS