

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Staudt Ferreira

Nº da Carteira: 3.23.5031

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 07/03/2012

Nº da Guia: 17997



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2024	16:45:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Durante a partida de futebol ao dividir a bola o aluno bateu o dedo do pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 99925-6363

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

Observações
Comunicamos a família e sugerimos atendimento médio na Clínica Pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

Simone Ribas Schrott

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

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

Impresso por: Simone Ribas Schrott

1 de 1

22/05/2024 16:46

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 17997	5 - Validade da Carteira 25/05/2029
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome GUSTAVO STAUDT FERREIRA	
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 JOCEL JOSE SOLIERI	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 16570	
11 - Código CNES 0	
15 - UF PR	
16 - Código CBO 223270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial 01
18 - Data do Atendimento 22/05/2024 16:52	19 - Tipo de Consulta 1
20 - Taboia 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 77,09	23 - Observação / Justificativa
24 - Assinatura do Profissional Executante	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

Assinado por: [Assinatura]

Paciente: 108389 - GUSTAVO STAUDT FERREIRA

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 22/05/2024

Data de Emissão: 23/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU PODODACTILO - 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 22/05/2024 5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 17997 9 - Validade da Carteira 25/05/2029 10 - Nome GUSTAVO STAUDI FERRERA
12 - Atendimento a RV [N]

Dados do Solicitante
13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
15 - Nome do Profissional Solicitante 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 - Carter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 22/05/2024 23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 28 - Cide Aut. 29 - Cide. Aut.

1 22 0040804097 PÉ OU PODODACTILO
2
3
4
5

Dados do Contratado, Executante
29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 31 - Código CNES 00000000

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - 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 22/05/2024 16:58 a 16:58 22 0040804097 PÉ OU PODODACTILO 001 1,00 48,00 48,00
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 61 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI 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 22/05/2024 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Karen Yu Lan Ng

Nº da Carteirinha: 3.23.4384

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 02/01/2011

Nº da Guia: 18129

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	16:09:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição
A aluna estava se deslocando no pátio (correndo) quando escorregou e caiu batendo as costas no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Gabrielli	42 9863-0946

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	27/05/2024

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
A aluna estava se deslocando no pátio (correndo) quando escorregou e caiu batendo as costas no chão.

Ass.: *Henry 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
18129

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
5 - Validade da Carteira 12/12/2028	6 - Atendimento a RN [N]
4 - Número da Carteira 3234384	
7 - Nome KAREN YU LAN NG	
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
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	14 - Número no Conselho 10145
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial
18 - Data do Atendimento 27/05/2024 16:51	19 - Tipo de Consulta 1
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
22 - Valor do Procedimento 77,09	
23 - Observação / Justificativa <i>queixa de dor no local</i>	
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Dr. Carlos Cezar Wozniaki</i> CRM 10145	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Donna Elizabeth O. Wozniak</i>	

Paciente: 108445 - KAREN YU LAN NG
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 27/05/2024
Data de Emissão: 11/06/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Coluna dorsal ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
TRAUMA REG DORSAL
40802035 - COLUNA DORSAL 2 INC


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10.145

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/05/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira
3234384

9 - Validade da Carteira
12/12/2028

10 - Nome
KAREN YU LAN NG

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
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
27/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040802035

26 - Descrição
COLUNA DORSAL 2 INC

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

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
27/05/2024

39 - Hora Inicial
17:08

40 - Hora Final
17:08

41 - Tabela
22

42 - Código do Procedimento
0040802035

43 - Descrição
COLUNA DORSAL 2 INC

44 - Qtd. 001

45 - Via 46 - Tec. 47 - Fator Red./Acresc. 48 - Valor Unitário (R\$) 1,00

49 - Valor Total (R\$) 64,00

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF
1 12 59294523934

51 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Dados do Profissional

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número
54 - U.F. 55 - CBO

56 - Assinatura do Profissional

57 - Assinatura do Contratado

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Prestador

60 - Assinatura do Solicitante

61 - Assinatura do Operador

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

1 27/05/2024

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
DORSAL G1A

59 - Total de Procedimentos (R\$)
64,00

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
64,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Anne Wozniak

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Stefaneli Komatsu

Nº da Carteirinha: 3.23.5014

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 04/03/2021

Nº da Guia: 17717

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2024	14:12:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Prendeu o polegar esquerdo	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava se deslocando pela sala quando o colega fechou a porta em seu polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Leandra	53 9188-5504

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	14/05/2024

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

A aluna estava se deslocando pela sala quando o colega fechou a porta em seu polegar 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
17717

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 3235014	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome MARIA STEFANELI KOMATSU	
26 - Nome Social	
Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 10145	11 - Código CNEs 2686988
15 - UF PR	16 - Código CBO 226270
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 14/05/2024 14:42	19 - Tipo de Consulta 4
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	
23 - Observação / Justificativa <i>Contusão Polígar E SS</i>	
24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Carlos Cezar Wozniaki</i> CRM 10.145	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Stefany E. Alves</i>	

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
14/05/2024

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número do Beneficiário
3235014

9 - Validade da Carteira
3235014

10 - Nome
MARIA STEFANELI KOMATSU

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RM
IN

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Carlos Cezar Wozniaki

15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

21 - Conselho Profissional
06

22 - Data da Solicitação
14/05/2024

23 - Indicação Clínica
CONTUSÃO DO POLEGAR ESQUERDO NECESSITA CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Cide, Solic
001

28 - Cide, Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CINES
2686988

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada
9

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
91 - Regime de Atendimento

36 - Data
14/05/2024

37 - Hora Inicial
15:04

38 - Hora Final
15:04

39 - Código do Procedimento
0030711010

40 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

41 - Cide
001

42 - Cide
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1,00

45 - Fator Red.Acresc.
14,14

46 - Valor Unitário (R\$)
14,14

47 - Valor Total (R\$)
14,14

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

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

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

56 - Total de Procedimentos (R\$)
14,14

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

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

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

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

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

62 - Total Geral (R\$)
14,14

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

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 Contrato
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$										
01	03	17 - Registro ANVISA do Material 14/05/2024	15:04	a	15:04	19	70034664	18 - Referência do material no fabricante 2,00	36	1	9,12	18,24								
20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1,8																			
02	03	14/05/2024	15:04	a	15:04	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90								
20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m																			
03	03	14/05/2024	15:04	a	15:04	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41								
20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25																			
04	03	14/05/2024	15:04	a	15:04	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19								
20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)																			
05	07	14/05/2024	15:04	a	15:04	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	

Paciente: 107355 - MARIA STEFANELI KOMATSU

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 14/05/2024

Data de Emissão: 15/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo SEM LESÃO OSSEA


Dr. Carlos Cesar Wozniak
CRM 10.145

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 14/05/2024	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 3235014	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA STEFANELI KOMATSU	89 - Nome Social		
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLÍNICA 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
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/05/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		
27 - Qtd. Solic 001					
28 - Qtd. Aut.					
Dados do Contratado/Executante					
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA				
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 14/05/2024	37 - Hora Inicial 14:50	38 - Hora Final 14:50	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS
2	a	a	a	a	42 - Qtd 001
3	a	a	a	a	43 - Via 001
4	a	a	a	a	44 - Tec. 001
5	a	a	a	a	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 59294523934	51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho
54 - UF PR					
55 - Código CBO 10145					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 14/05/2024					
2	3	4	5	6	7
2	3	4	5	6	7
2	3	4	5	6	7
58 - Observação/Justificativa TRAUMA NO POLEGAR 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 Opér (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 Mery G. Alves					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Dr. Carlos Cezar Wozniaki					
68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Dias Weber
Nº da Carteirinha: 3.23.4618
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 12/08/2011

Nº da Guia: 18336



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/06/2024	10:36:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava jogando basquete na aula de educação física quando torceu o joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	05/06/2024

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
O aluno estava jogando basquete na aula de educação física quando torceu o joelho direito.

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
18336

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

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 3234618	5 - Validade da Carteira 12/12/2028	6 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	---------------------------

7 - Nome NICOAS DIAS WEBER	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 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 05/08/2024 11:35	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012	22 - Valor do Procedimento 77,09
--	----------------------------	-------------------	---	-------------------------------------

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Expediente

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

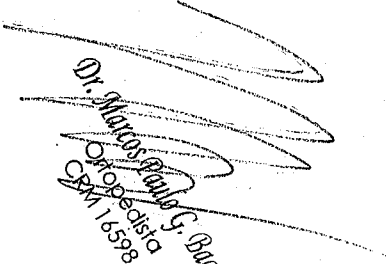
Assinatura

Paciente: 108544 - NICOLAS DIAS WEBER
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 05/06/2024
Data de Emissão: 06/06/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Joelho ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.
40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL
Lado(s): Direito
40804062 - Patela
Lado(s): Direito


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 05/06/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3234618

9 - Validade da Carteira 12/12/2028

10 - Nome NICOLAS DIAS WEBER

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 - Carteira do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação 05/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 1 0040804054 JOELHO 2 INC / AXIAL

2 0040804062 PATELA

3

4

5

Dados do Contratado/Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140

30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CIES 2866988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 23

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

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento 01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	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 05/06/2024	11:40	2	11:40	22	0040804054 JOELHO 2 INC / AXIAL	001				1,00	64,00
2 05/06/2024	11:40	2	11:40	22	0040804062 PATELA	001				1,00	55,00
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	92691510930	MARCOS PAULO BAGGIO	06	16598	41	226270
2	12	92691510930	MARCOS PAULO BAGGIO	06	16598	41	226270

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

1 05/06/2024 3 / / / 5 / / / 7 / / / 9 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

2 05/06/2024 4 / / / 6 / / / 8 / / / 10 / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 119,00

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$) 119,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca Suliani Schendroski
Nº da Carteirinha: 3.23.4571
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 07/06/2018 **Nº da Guia:** 18052

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2024	16:10:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna estava brincando de pega aranha e acabou caindo em cima do colega, sentiu o pulso esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Elisângela	42 9964-7794

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	23/05/2024

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
A aluna estava brincando de pega aranha e acabou caindo em cima do colega, sentiu o pulso esquerdo.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Simone Ribas Schrott

Schendroski

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
180525 - Validade da Carteira
23/05/20296 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome

REBECA SULIANI SCHENDROSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1865215 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

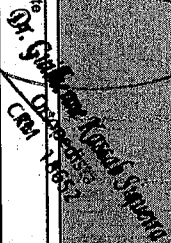
28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
23/05/2024 16:5319 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
77,09

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


Dr. Guilherme K. Siqueira
CRM 1.18652

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável


Schendroski

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 23/05/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 18052		9 - Validade da Carteira 23/05/2029	
10 - Nome REBECA SULIANI SCHEENDROSKI		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RV [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18652		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>D. Guilherme Kasseh Siqueira</i> CPF: 18652	
21 - Caracter do Atendimento			
22 - Data da Solicitação 23/05/2024		23 - Indicação Clínica FRATURA DO TERÇO DISTAL DO PUNHO TTO INCRUMENTO	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento 0030712092		26 - Descrição LUVA	
27 - Qtd. Solic 001			
28 - Qtd. Aut.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 23/05/2024		37 - Hora Inicial 17:05	
38 - Hora Final 17:05		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030712092		41 - Descrição LUVA	
42 - Qtd 001		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red/Acrec	
46 - Valor Unitário (R\$) 28,27		47 - Valor Total (R\$) 28,27	
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 FRATURA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO - TTO INCRUMENTO - IMOBILIZAÇÃO GESSADA LUVA			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 28,27			
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\$) 28,27			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Rebeca S. Scheendroski</i>			
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				5 - Código CINES
6 - CD	7 - Data	8 - Valor		2686968

2008986															
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	17:05	17:05	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24					
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	23/05/2024	17:05	17:05	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41					
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
03	23/05/2024	17:05	17:05	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14					
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G															
04	23/05/2024	17:05	17:05	19	70034583	3,00	36	1	20,36	61,08					
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10X03															
05	23/05/2024	17:05	17:05	19	70856591	1,00	36	1	16,95	16,95					
20 - Descrição CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC															
06	23/05/2024	17:05	17:05	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\$) 102,82															
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\$) 126,00															

Paciente: 108413 - REBECA SULIANI SCHENDROSKI

Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA

Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA

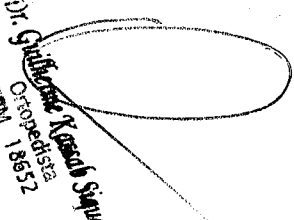
Data Exame: 23/05/2024

Data de Emissão: 24/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO
FRATURA DO RADIO E ULNA DISTAL


Dr. Guilherme K. Siqueira
CRM 18652

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 23/05/2024 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 18062 9 - Validade da Carteira 23/05/2029 10 - Nome REBECA SULIANI SCHENDROSKI

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 23/05/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803112 26 - Descrição PUNHO

27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Contratado 29 - Código CBO 2686988

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 23/05/2024 37 - Hora Inicial 16:55 38 - Hora Final 16:55 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0040803112 41 - Descrição PUNHO 42 - Qde 001 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1,00 48,00

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

48 - Seqüer 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPF 02713099978 51 - Nome do Profissional GUILHERME K SIQUEIRA 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 18652 54 - UF 41 55 - Código CBO 225270

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

1 23/05/2024 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 00

58 - Observação / Justificativa

Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
TRATAMENTO COM ATENÇÃO MÉDICA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Salomão Prestes

Nº da Carteira: 3.23.4869

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/10/2012

Nº da Guia: 17675

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2024	12:41:00	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	13/05/2024

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*

HUGO CLOCH F.

Simone Ribas Schrott

M.C.F. CPF: 049 147 869 07

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 3234869	5 - Validade da Carteira 12/12/2028
6 - Atendimento à RN [N]	

7 - Nome SALOMAO PRESTES	26 - Nome Social
-----------------------------	------------------

Dados do Contratado		11 - Código CNES 0
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	15 - UF PR
12 - Nome do Profissional Executante JOCIEL JOSE SOLIERI	13 - Conselho Profissional 6	16 - Código GBO 225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionadas) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial		
18 - Data do Atendimento 13/05/2024 15:25	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	22 - Valor do Procedimento 155,00

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

Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 15570

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Salomão Prestes

Nº da Carteira: 3.23.4869

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/10/2012

Nº da Guia: 18130

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	16:24:00	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	27/05/2024

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

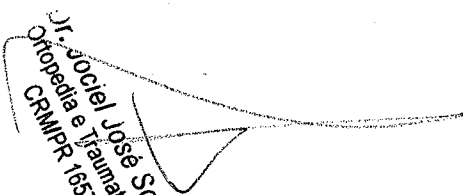
Paciente: 108246 - SALOMAO PRESTES
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 28/05/2024
Data de Emissão: 29/05/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
controle
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - polegar
Lado(s) : Esquerdo


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 28/05/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234869		9 - Validade da Carteira 12/12/2028	
10 - Nome SALOMAO PRESTES		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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/05/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qtd. Aut. 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 0000000			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 28/05/2024		37 - Hora Inicial 10:51	
38 - Hora Final 10:51		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 0040803120	
41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		42 - Qtd. 001	
43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 1,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq. Ref. 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 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\$) 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			