

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Data de Nascimento: 20/03/2012

Nº da Guia: 20487



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2024	08:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
A aluna estava na aula de educação física jogando futsal, quando acabou torcendo o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	+55 42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	30/08/2024

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 na aula de educação física jogando futsal, quando acabou torcendo o pé esquerdo.

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

ADVENTISTA

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
1 - Registro ANS 000000	5 - Validade da Carteira 31/12/2029	6 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário		
4 - Número da Carteira 3233628		
7 - Nome GABRIELLE SILVEIRA LIMA		
26 - Nome Social		
10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.		
11 - Código CUES 2686988		
15 - UF PR		
16 - Código CBO 225270		
9 - Código na Operadora 000001		
13 - Conselho Profissional 6		
14 - Número no Conselho 2919		
12 - Nome do Profissional Executante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		
27 - Indicador de Cobertura Especial		
28 - Regime de Atendimento 01		
29 - Saúde Ocupacional		
22 - Valor do Procedimento 155,00		
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		
20 - Tabela 22		
21 - Código do Procedimento 0010101012		
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
19 - Tipo de Consulta 4		
18 - Data do Atendimento 30/08/2024 09:32		
23 - Observação / Justificativa		
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
24 - Assinatura do Profissional Executante		

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

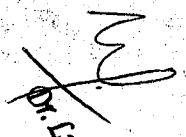
Paciente: 47757 - GABRIELLE SILVEIRA LIMA
Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Data Exame: 30/08/2024
Data de Emissão: 02/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
dor e edema maleolo lateral
rx
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Esquerdo normal


Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																			
4 - Data da Autorização 30/08/2024		8 - Número da Carteira 3233628		9 - Validade da Carteira 31/12/2029		10 - Nome GABRIELLE SILVEIRA LIMA		12 - Atendimento a RM [N]																			
Dados do Beneficiário		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 2919		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 30/08/2024		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA		27 - Cidade, Solicitante, Operadora, Cidade Aut. 004 - Luiz Jacintho Siqueira Ortopedista CRM - 291550de Aut.													
Dados do Contratado Executante																											
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		31 - Código CNES 2686988																							
Dados do Atendimento																											
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional																	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																											
36 - Data 30/08/2024		37 - Hora Inicial 09:39		38 - Hora Final a 09:39		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804089		41 - Descrição TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA		42 - Qtd 001		43 - Via 1,00		44 - Tec. 48,00		45 - Fator Red./Acess 48,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00					
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12					
3		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a					
4		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a					
5		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a		a					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																											
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 14205882904		51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 2919		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																											
1 30/08/2024		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12					
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12					
2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13					
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									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kelriane Sarah Fernandes

Nº da Carteira: 3.23.4636

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 25/10/2010

Nº da Guia: 20645

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	08:58:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna estava jogando vôlei na aula de educação física quando acabou caindo e usou a mão esquerda para se apoiar está sentindo dor no pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	+55 42 9925-6363

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

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 acabou caindo e usou a mão esquerda para se apoiar está sentindo dor no pulso.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

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

CKA

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 RV [N]
Dados do Beneficiário
4 - Número da Carteira 20645

7 - Nome
KELRIANE SARAH FERNANDES
26 - Nome Social
11 - Código CNES 0
15 - UF PR 16 - Código CBO 225270

Dados do Contratado
10 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.
9 - Código na Operadora 000001
13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 16570
28 - Regime de Atendimento 01
29 - Saúde Ocupacional

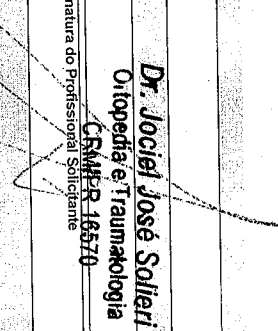
12 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI
27 - Indicador de Cobertura Especial
20 - Tabela 22
21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]
19 - Tipo de Consulta 1

18 - Data do Atendimento 04/09/2024 18:22
23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16570
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Carla S. de Jesus

ADVENTISTA

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 04/09/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 20645		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome KELRIANE SARAH FERNANDES		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 JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Jociel José Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 16570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/09/2024	
23 - Indicação Clínica Fratura de rádio distal - TTO conservador com imobilização		24 - Tabela 0030720087	
25 - Descrição FRATURA DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CONSERVADOR		26 - Indicação 001	
27 - Qtd. Solic 001		28 - Qtd. Aut.	
Dados do Contrato do Executor			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
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 - Data 04/09/2024		37 - Hora Inicial 18:54	
38 - Hora Final 18:54		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030720087		41 - Descrição FRATURA DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CONSERVADOR	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 56,53		45 - Valor Unitário (R\$) 56,53	
46 - Valor Total (R\$) 56,53		47 - Valor Total (R\$) 56,53	
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 - UF	
55 - Código CBO		56 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 1/1		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 Fratura de rádio distal - TTO conservador com imobilização			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 56,53		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\$) 56,53		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 000000	2 - Número da Guia Referenciada
----------------------------	---------------------------------

3 - Código na Operadora 0000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	5 - Código CNES 26869988
------------------------------------	--	-----------------------------

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	18:54	18:54	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	9,12	18,24					
20 - Descrição											ATADURA CREPE 10X1,8				
02	03	04/09/2024	18:54	a	18:54	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24			
20 - Descrição											ATADURA ALGODAO 10X1,8				
03	03	04/09/2024	18:54	a	18:54	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41			
20 - Descrição											MALHA TUBULAR 06X25				
04	03	04/09/2024	18:54	a	18:54	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19			
20 - Descrição											FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)				
05	07	04/09/2024	18:54	a	18:54	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\$)											42,08				
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\$)											65,26				

Paciente: 109594 - KELRIANE SARAH FERNANDES

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 04/09/2024

Data de Emissão: 06/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO - aparente traço de fratura em rádio distal
Lado(s): Esquerdo

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização 04/09/2024		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário				8 - Nome Social			
8 - Número da Carteira 20645		9 - Validade da Carteira		10 - Nome KELRIANE SARAH FERNANDES		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		15 - Conselho Profissional 06		16 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCEL JOSE SOLIERI				17 - Número no Conselho 16570		19 - Código CBO	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caracter de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/09/2024		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic. 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803112		26 - Descrição PUNHO		27 - Qtd. Solic. 001	
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 -		101 -		102 -		103 -	
104 -		105 -		106 -		107 -	
108 -		109 -		110 -		111 -	
112 -		113 -		114 -		115 -	
116 -		117 -		118 -		119 -	
120 -		121 -		122 -		123 -	
124 -		125 -		126 -		127 -	
128 -		129 -		130 -		131 -	
132 -		133 -		134 -		135 -	
136 -		137 -		138 -		139 -	
140 -		141 -		142 -		143 -	
144 -		145 -		146 -		147 -	
148 -		149 -		150 -		151 -	
152 -		153 -		154 -		155 -	
156 -		157 -		158 -		159 -	
160 -		161 -		162 -		163 -	
164 -		165 -		166 -		167 -	
168 -		169 -		170 -		171 -	
172 -		173 -		174 -		175 -	
176 -		177 -		178 -		179 -	
180 -		181 -		182 -		183 -	
184 -		185 -		186 -		187 -	
188 -		189 -		190 -		191 -	
192 -		193 -		194 -		195 -	
196 -		197 -		198 -		199 -	
200 -		201 -		202 -		203 -	
204 -		205 -		206 -		207 -	
208 -		209 -		210 -		211 -	
212 -		213 -		214 -		215 -	
216 -		217 -		218 -		219 -	
220 -		221 -		222 -		223 -	
224 -		225 -		226 -		227 -	
228 -		229 -		230 -		231 -	
232 -		233 -		234 -		235 -	
236 -		237 -		238 -		239 -	
240 -		241 -		242 -		243 -	
244 -		245 -		246 -		247 -	
248 -		249 -		250 -		251 -	
252 -		253 -		254 -		255 -	
256 -		257 -		258 -		259 -	
260 -		261 -		262 -		263 -	
264 -		265 -		266 -		267 -	
268 -		269 -		270 -		271 -	
272 -		273 -		274 -		275 -	
276 -		277 -		278 -		279 -	
280 -		281 -		282 -		283 -	
284 -		285 -		286 -		287 -	
288 -		289 -		290 -		291 -	
292 -		293 -		294 -		295 -	

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: 20640

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	08:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

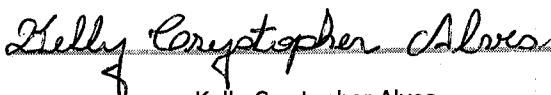
Descrição
A aluna estava na aula de Educação Física jogando futsal, quando acabou torcendo o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Gabrielli	55 42 9863-0946

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

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 na aula de Educação Física jogando futsal, quando acabou torcendo o tornozelo direito.

Ass.: 
Kelly Crystopher Alves

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
3233896

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RN
1 N

7 - Nome
LAURA FARAGO DE SOUZA

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
0

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16670

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
JOCEL JOSE SOLIERI

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
1 9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
04/09/2024 08:55

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Jocele Jose Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16670

Paciente: 107935 - LAURA FARAGO DE SOUZA

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 04/09/2024

Data de Emissão: 05/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA - sem lesão óssea aparente

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/SDT

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora		12 - Atendimento a RM [N]	
4 - Data da Autorização 04/09/2024		5 - Senha 3233896		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome LAURA FARAGO DE SOUZA		89 - Nome Social	
Dados do Beneficiário									
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA							
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Joçel José Sollieri Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 16570									
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/09/2024		23 - Indicação Clínica		27 - Qrde. Solic 001		28 - Qrde. Aut.	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOSSELO OU ART. TIBIO TARSICA		31 - Código CNEC 0000000			
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 (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de Atendimento 01	
36 - Data 04/09/2024		37 - Hora Inicial 08:59		38 - Hora Final 08:59		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804089	
41 - Descrição TORNOSSELO OU ART. TIBIO TARSICA		42 - Qrde 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc 1,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Unitário (R\$) 48,00		49 - Valor Total (R\$) 48,00			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
36 - Data 04/09/2024		37 - Hora Inicial 08:59		38 - Hora Final 08:59		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040804089	
41 - Descrição TORNOSSELO OU ART. TIBIO TARSICA		42 - Qrde 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc 1,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Unitário (R\$) 48,00		49 - Valor Total (R\$) 48,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCEL JOSE SOLIERI		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 16570		54 - UF 41		55 - Código CBO 226270		56 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE Fraturas e Ortopedias Ltda		CNPJ 80.242.746/0001-40	
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS									
36 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1 04/09/2024		3		4		5		6	
2		3		4		5		6	
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 OPI/IE (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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Laura Gehrke dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.23.3806
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 28/12/2015

Nº da Guia: 19860

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	16:50:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita

Descrição
A aluna estava na aula de educação física quando torceu a perna, agora sente bastante dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	12/08/2024

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 na aula de educação física quando torceu a perna, agora sente bastante dor.

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

7123

5 - Validade da Carteira
12/12/2029

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome

LAURA GEHRKE DOS SANTOS

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

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

01

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

14/08/2024 11:14

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Examinante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Vanessa L. G. Santos

Paciente: 100020 - LAURA GEHRKE DOS SANTOS

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 14/08/2024

Data de Emissão: 15/08/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Bacia ap 1 inc

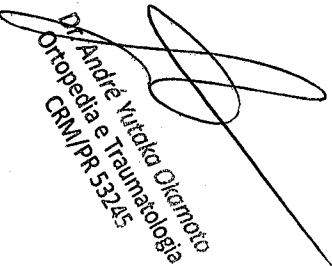
LAUDO DO EXAME:

40804011 - BACIA / PELVE - AP + POSIÇÃO DE RÅ

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

40804097 - PÉ OU PODODACTILO

LAUDO: SEM LESÕES ÓSSEAS


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

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
14/08/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
7123

9 - Validade da Carteira
14/08/2024

10 - Nome
LAURA GEHRKE DOS SANTOS

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

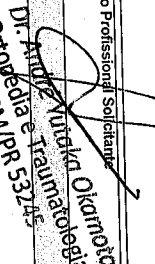
14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

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 - Cartão do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
14/08/2024

23 - Indicação Clínica
DOR NO QUADRIL E TORNOZELO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1
22
22
22

0040804011
0040804089
0040804097

BACIA / PELVE
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
PÉ OU PODODACTILO

001
001
001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
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

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

1
2
3
4
5

14/08/2024
14/08/2024
14/08/2024
14/08/2024

11:38
11:38
11:38
11:38

a
a
a
a

22
22
22

0040804011
0040804089
0040804097

BACIA / PELVE
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
PÉ OU PODODACTILO

001
001
001

1,00
1,00
1,00

64,00
48,00
48,00

64,00
48,00
48,00

42 - Qtd

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

001
001
001

001
001
001

001
001
001

1,00
1,00
1,00

64,00
48,00
48,00

64,00
48,00
48,00

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

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora

CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1
2
3

12
12
12

35360989831
35360989831
35360989831

ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

06
06
06

225270
225270
225270

CRM/PR 53245
CRM/PR 53245
CRM/PR 53245

FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1
2

14/08/2024
14/08/2024

3
4

14/08/2024
14/08/2024

5
6

14/08/2024
14/08/2024

7
8

14/08/2024
14/08/2024

9
10

14/08/2024
14/08/2024

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
160,00

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

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

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

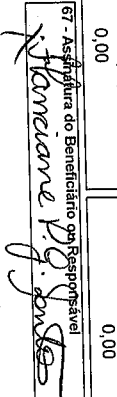
63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

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

65 - Total Geral (R\$)
160,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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: 19598.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/08/2024	08:15:58	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 Direita

Descrição
O aluno Lucas estava jogando vôlei na aula de Educação Física quando a bola bateu em sua mão direita no 3º dedo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	05/08/2024

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

Motivo do Retorno
Referente a consulta médica no dia 05/08/2024.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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

19598

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

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

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

05/09/2024 13:33

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Lucas M. Mercer

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Otávio Eidam Gawronski
Nº da Carteira: 3.23.4286
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 09/05/2018

Nº da Guia: 20628



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	16:27:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição
O aluno Otávio estava na aula de Educação Física brincando de bola atrás, quando ao correr acabou caindo em cima do braço direito, está sentindo bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Elisângela	55 42 9964-7794

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	03/09/2024

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 Otávio estava na aula de Educação Física brincando de bola atrás, quando ao correr acabou caindo em cima do braço direito, está sentindo bastante dor.

Olaf Gawronski

Ass.:

Kelly Crystopher Alves

Kelly Crystopher Alves

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
20628

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
OTAVIO EIDAM GAWRONSKI

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
MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16398

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
03/09/2024 17:13

19 - Tipo de Consulta
1

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4 - Data da Autorização 03/09/2024	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	20628
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	OTAVIO EIDAM GAWRONSKI
89 - Nome Social	
12-Atendimento a R	IN

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	03/09/2024	

Ortopedista

CRM 15508

Dr. Carlos Augusto G. Baptista

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtda. Solic	28 - Qtda. Aut.
1	0030720087	FRATURA DO ANTEBRAÇO - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	
2	0030712092	LUVA	001	
3				
4				
5				

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 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
	31 - Código CNIIS 2686988

[illegible]

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

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

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

Clinica Portagrossense Ltda
Ortopedia e Cirurgia
R. 80 242.746/0001-40
FARMACIA CONTAS MEDICAS

58 - Observações / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
84,80	0,00
61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
0,00	0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00	0,00
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
84,80	

Clinica Portagrossense Ltda
Otorrinolaringologia e Otorrinolaringologia
CNPJ 08.742.746/0001-40
FATURAMENTO COMISSÃO MEDICA
FATURAMENTO COMISSÃO MEDICA
10 / /

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 ORTOPEDIA

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$	
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - N° Autorização de Funcionamento									
01	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70034362	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA CREPE 10X1,8											
02	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8											
03	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8											
04	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25											
05	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25											
06	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)											
07	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70859205	2,00	36	1	0,19	0,38
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)											
08	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70034583	2,00	36	1	20,36	40,72
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10X03											
09	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70866591	1,00	36	1	16,95	16,95
20 - Descrição CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC											
10	03/09/2024	18:01	a	18:01	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8											

21 - Total de Gases

22 - Total de Medicamentos

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)

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

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

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

3 - Código na Operadora 0000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	5 - Código CNES 2686988
------------------------------------	---	----------------------------

	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
6 - CD													
07	03/09/2024	18:01	18:01	18	60000465	2,00	36	1		23,18			

	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS
02	a
20 - Descrição	
03	a
20 - Descrição	
04	a
20 - Descrição	
05	a
20 - Descrição	
06	a
20 - Descrição	
07	a
20 - Descrição	
08	a
20 - Descrição	
09	a
20 - Descrição	
10	a
20 - Descrição	

21 - Total de Gases	0,00
22 - Total de Medicamentos	0,00
23 - Total de Materiais (R\$)	154,36
24 - Total de OPM's (R\$)	0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis	46,36
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00
27 - Total Geral (R\$)	200,72



Paciente: 109566 - OTAVIO EIDAM GAWRONSKI

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 03/09/2024

Data de Emissão: 05/09/2024

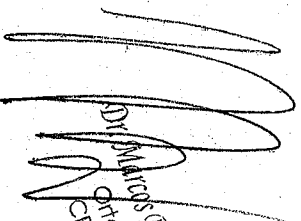
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

Fratura da diáfise dos ossos do antebraço em galho verde com desvio dorsal e radial.
Redução incruenta, GAP moldado, RX controle OK, medicação e orientações.


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 03/09/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 20628		9 - Validade da Carteira	10 - Nome OTAVIO EIDAM GAWRONSKI	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RM [N]
-----------------------	--	---------------------------------	--	--------------------------	-------------------------------------	------------------	------------------------------

Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16598	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO								

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 03/09/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803104	26 - Descrição ANTEBRACO	27 - Queda, Soluções, Lesões, Traumas, Fraturas e Ortopedia 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 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											
36 - Data 1 03/09/2024	37 - Hora Inicial 17:44	38 - Hora Final a 18:01	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803104	41 - Descrição ANTEBRACO	42 - Queda 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	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. Rel 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	55 - Código CBO		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 03/09/2024	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

58 - Observação / Justificativa											
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de 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 RETORNO

Aluno: Pedro Henrique de Paula Kavalkevski
Nº da Carteirinha: 3.23.3517
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 31/08/2008

Nº da Guia: 19110.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/08/2024	11:10:59	Ginásio	Eventos esportivos (Ex: campeonatos)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

O aluno estava jogando futebol no ginásio, quando foi marcar um colega e acabou torcendo o joelho direito

Testemunha da ocorrência

Monitor Higson Felipe

Telefone

42 8807-6468

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

28/06/2024

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

Motivo do Retorno

Retorno referente ao atendimento de 28/06/2024.

Ass.:

Milena Moreno

Milena Ferreira Rodrigues Moreno

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: (para prestadores) ou E-mail: (não credenciados) com os seguintes dados:

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
19110

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N7 - Nome
PEDRO HENRIQUE DE PAULA KAVALKEVOSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
291915 - UF
PR16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
15/08/2024 16:2719 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM 2919

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Rosana Mesko de Paula

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 19024.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/08/2024	07:48:41	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Retorno

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Helen Noemi Sikorski	42 9809-8379

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	26/06/2024

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

Motivo do Retorno
Retorno, referente avaliação do braço quebrado anteriormente.

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

ADVENTISTA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Arribuido pela Operadora	5 - Validade da Carteira 23/05/2029	6 - Atendimento a RN N	11 - Código CNES 2686988	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
4 - Número da Carteira 18052		7 - Nome do Beneficiário REBECA SULANI SCHENDROSKI				
8 - Nome Social REBECA SULANI SCHENDROSKI		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.				
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6		14 - Número no Conselho 18052		
12 - Nome do Profissional Executante GUILHERME K. SIQUEIRA		17 - Indicador de Cobertura Especial 20 - Tabeta 22		28 - Regime de Atendimento 01		
18 - Data do Atendimento 27/08/2024 13:56		19 - Tipo de Consulta 4		21 - Código do Procedimento 0010101012		
23 - Observação Justificativa		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		22 - Valor do Procedimento 155,00		
24 - Assinatura do Profissional Executante						

Paciente: 108413 - REBECA SULIANI SCHENDROSKI
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 27/08/2024
Data de Emissão: 29/08/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO
CONTROLE RADIOLOGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL CONSOLIDADA
EM REMODELAÇÃO


Dr. Guilherme K. Siqueira
CRM 18652

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		12 - Atendimento a RN [] N []	
4 - Data da Autorização 27/08/2024		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 23/05/2029		10 - Nome REBECA SULANI SCHENDROSKI		89 - Nome Social	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 18052		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		16 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME K. SIQUEIRA	
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		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/08/2024		23 - Indicação Clínica		27 - Cide, Solic 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803112		26 - Descrição PUNHO		28 - Cide, Aut 001		29 - Cide, Solic 001	
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 27/08/2024		37 - Hora Inicial 14:18		38 - Hora Final 14:18		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803112	
41 - Descrição PUNHO		42 - Cide 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 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		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		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	