

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

Data de Nascimento: 10/01/2013

Nº da Guia: 21028

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/09/2024	08:12:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava jogando futsal na aula de educação física, quando tropeçou e ao cair bateu o 1º dedo do pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	17/09/2024

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 estava jogando futsal na aula de educação física, quando tropeçou e ao cair bateu o 1º dedo do pé esquerdo.

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
21028

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

4 - Número da Carteira
21028

7 - Nome
DAVI LOPES SASSO

26 - Nome Social

11 - Código CNES
2686988

Dados do Contratado

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

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16598

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial
01

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

18 - Data do Atendimento
17/09/2024 08:57

23 - Observação / Justificativa

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dados do Solicitante

21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	17/09/2024	Entorse halux pé E

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Data, Hora e Local	28 - Qtd. Aut.
1	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
2				
3				
4				
5				

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

Dados do Atendimento				
04	9	3		

[illegible][illegible]

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
1	1	1	3	1	1	5	1	1	7	1	1	9	1	1
2	1	1	4	1	1	6	1	1	8	1	1	10	1	1
58- Observação / Justificativa do conservador:														

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIR (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
14,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,14
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
----------------------------	---------------------------------

1000

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

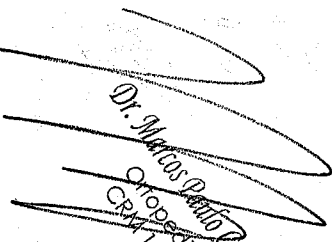
Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$					
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante				19 - Nº Autorização de Funcionamento						
01	03	17/09/2024	09:17	a	09:17	19	70034680	1,00	36	1	60,71	60,71			
20 - Descrição											ATADURA ALGODAO 12cm X 1,8m				
02	03	17/09/2024	09:17	a	09:17	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41			
20 - Descrição											MALHA TUBULAR 06X25				
03	03	17/09/2024	09:17	a	09:17	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19			
20 - Descrição											FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)				
04	03	17/09/2024	09:17	a	09:17	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14			
20 - Descrição											LUVA PROCEDIMENTO G				
05	03	17/09/2024	09:17	a	09:17	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58			
20 - Descrição											ATADURA CREPE 15X1,8				
06	07	17/09/2024	09:17	a	09:17	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18			
20 - Descrição											TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS				
07												a			
20 - Descrição															
08												a			
20 - Descrição															
09												a			
20 - Descrição															
10												a			
20 - Descrição															
21 - Total de Gases											0,00				
22 - Total de Medicamentos											0,00				
23 - Total de Materiais (R\$)											98,03				
24 - Total de OPME (R\$)											0,00				
25 - Total de Taxas e Aluguéis											23,18				
26 - Total de Diárias (R\$)											0,00				
27 - Total Geral (R\$)											121,21				

Paciente: 100999 - DAVI LOPES SASSO
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 17/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 inc

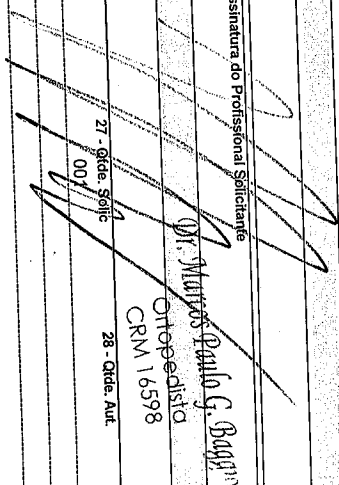
LAUDO DO EXAME:
RX - Sem alt.
40804097 - PÉ OU PODODACTILO


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 17/09/2024		5 - Senha		8 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira			
8 - Número da Carteira 21028				10 - Nome DAVILOPES SASSO			
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado			
13 - Código na Operadora 80242746000140				CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO				16 - Conselho Profissional 06			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				17 - Número no Conselho 16598			
21 - Caracter do Atendimento 1				22 - Data da Solicitação 17/09/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804097		26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		18 - UF PR	
27 - Qtd. Solic. 001		28 - Qtd. Aut.		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598	
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado			
29 - Código na Operadora 80242746000140				CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia			
Dados do Atendimento				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
32 - Tipo de Atendimento 23				34 - Tipo de Consulta 9			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 17/09/2024		37 - Hora Inicial 09:01		38 - Hora Final 09:01		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804097		41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		42 - Qtd 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 1.00		45 - Fator Red./Acrese 48.00		46 - Valor Unitário (R\$) 48.00		47 - Valor Total (R\$) 48.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				51 - Nome do Profissional			
48 - Seqüel 1				49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 92691510930	
52 - Conselho Profissional 06				53 - Conselho Profissional 06			
54 - Assinatura do Contratado				55 - Assinatura do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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 - Assinatura do Contratado				66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Luca Mello

Nº da Carteira: 3.23.5058

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 20/12/2013

Nº da Guia: 20833



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	11:38:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Dedo foi preso na porta da sala de aula	1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava em sala de aula com a mão próximo a porta, quando o colega fechou a porta no 1º dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Nayara	42 9927-3866

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	10/09/2024

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

Observações
O aluno estava em sala de aula com a mão próximo a porta, quando o colega fechou a porta no 1º dedo da mão direita.

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 20833		6 - Atendimento a RN N	
7 - Nome GABRIEL LUCA MELLO			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6	
12 - Nome do Profissional Executante JOCEL JOSE SOLIERI		14 - Número no Conselho 16570	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		27 - Indicador de Cobertura Especial	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		28 - Regime de Atendimento 01	
18 - Data do Atendimento 10/09/2024 15:31		29 - Saúde Ocupacional	
19 - Tipo de Consulta 1		20 - Tabela 22	
21 - Código do Procedimento 0010101012		22 - Valor do Procedimento 155,00	
23 - Observação / Justificativa Exame complementar - radiografia nas mãos			
24 - Assinatura do Profissional Executante Dr. JOCEL JOSE SOLIERI Ortopedia e Traumatologia CRM: 147.6570		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Gabriel Mello	

Paciente: 109663 - GABRIEL LUCA MELLO
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 10/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

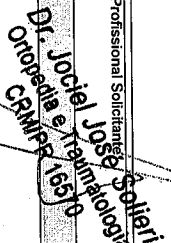
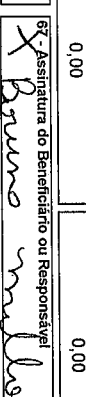
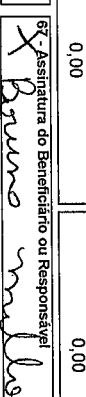
LAUDO DO EXAME:
Trauma compressivo em polegar mão
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILLOS - polegar

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 10/09/2024		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		8 - Nome Social	
8 - Número da Carteira 20833		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome GABRIEL LUCA MELLO		12 - Atendimento a RIN [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 10/09/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qtd. Solic. 001	
28 - Qtd. Aut.		29 - Qtd. 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) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 10/09/2024		37 - Hora Inicial 15:41	
38 - Hora Final 15:41		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd. 001		43 - Via 1,00	
44 - Rec. 48,00		45 - Fator Rad./acresc. 48,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 88.243.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 10/09/2024			
2 _ _ / _ _ / _ _		3 _ _ / _ _ / _ _	
4 _ _ / _ _ / _ _		5 _ _ / _ _ / _ _	
6 _ _ / _ _ / _ _		7 _ _ / _ _ / _ _	
8 _ _ / _ _ / _ _		9 _ _ / _ _ / _ _	
10 _ _ / _ _ / _ _		11 _ _ / _ _ / _ _	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPMs (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: Gabriela Woytichoski
Nº da Carteirinha: 3.23.4806
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 30/06/2011

Nº da Guia: 21951

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	11:19:00	Quadra	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
Durante a aula de educação física a bola bateu no dedo da aluna

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	(42) 99904-0553

Quem prestou primeiros socorros	Data
Michelle Mainardes	09/10/2024

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

Observações
Foi avisado os responsáveis do ocorrido e sugerimos levar a aluna para avaliação médica na clínica Pontagrossense

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

1 - Registro ANS
000000

5 - Validade da Carteira
01/05/2026

6 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
4 - Número da Carteira
21951

7 - Nome
GABRIELA WOTICHOSKI

26 - Nome Social

11 - Código CNES
0

Dados do Contratado
9 - Código na Operadora
000001

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25175

12 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

18 - Data do Atendimento
09/10/2024 13:25

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Dante L. Gilbert Jr.
CRM 25.175

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Guia do Rocio Wotichoski

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 09/10/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21951		9 - Validade da Carteira 01/05/2026	
10 - Nome GABRIELA WOTCHOSKI		12 - Atendimento a RV [X]	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 25175		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 09/10/2024	
23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Sessões 001	
24 - Tabula 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		28 - Data da Aut. 001	
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 ou doença relacionada 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 09/10/2024		37 - Hora Inicial 13:28	
38 - Hora Final 13:28		39 - Tabula 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 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 00484351982		51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 25175			
54 - UF 41			
55 - Código CBO 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 09/10/2024		3 111	
2 111		4 111	
5 111		6 111	
7 111		8 111	
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			

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopédias Ltda
CNPJ 08.242.746/0001-40
NATURALMENTE COM ATENDIMENTO

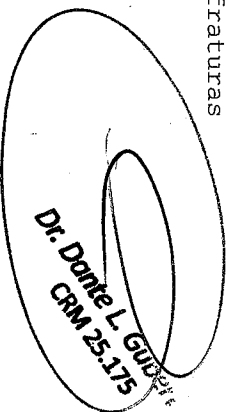
Paciente: 43948 - GABRIELA WOYTICHOSKI
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 09/10/2024
Data de Emissão: 10/10/2024

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS sem sinais de fraturas
lado(s): Esquerdo
40803112 - PUNHO sem sinais de fraturas



Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

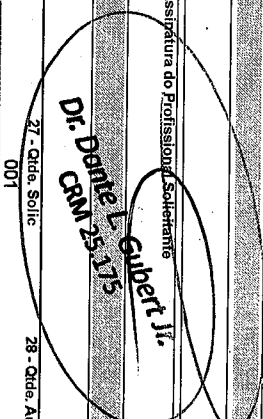
ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autenticação 09/10/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Nome do Beneficiário 21951	9 - Validade da Carteira 01/05/2026	10 - Nome GABRIELA WOTYCHOSKI	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 DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25175	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
----------------------	--	--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Carteira de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 09/10/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803112	26 - Descrição PUNHO	27 - Cide, Solic 001	28 - Cide, Aut.
---	--	-----------------------------------	--	------------------------	-------------------	---	-------------------------	-------------------------	-----------------

2	
3	
4	
5	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	31 - Código CNES 00000000
--	---	------------------------------

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data 1 09/10/2024	37 - Hora Inicial 13:46	38 - Hora Final 13:46	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803112	41 - Descrição PUNHO	42 - Cide 001	43 - Via 001	44 - Tec. 001	45 - Fator Red.Acrese 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2											
3											
4											
5											

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

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

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

1 09/10/2024	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

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

9 - Fraturas e Ortopedias Ltda
16 - NPI/80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Kelriane Sarah Fernandes
Nº da Carteirinha: 3.23.4636
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 25/10/2010

Nº da Guia: 20645.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/09/2024	13:17:43	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	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Motivo do Retorno
Retorno

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:

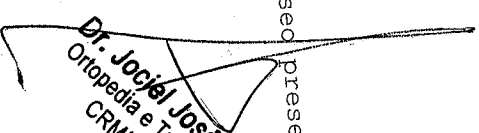
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Paciente: 109594 - KELRIANE SARAH FERNANDES
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 19/09/2024
Data de Emissão: 27/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
controle
40803112 - PUNHO - controle de fratura em rádio distal com calo ósseo presente
Lado(s): Esquerdo


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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
19/09/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
20045

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KELRIANE SARAH FERNANDES

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
JOCIEL JOSE SOLIERI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16570

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16570

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
19/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
1	22	0040803112 PUNHO	001	
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CNES
00000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

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

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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	19/09/2024	15:41	a	22	0040803112 PUNHO	001				1,00	48,00
2			a								
3			a								
4			a								
5			a								

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

48 - Set. Ref
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CPF
69680469972

51 - Nome do Profissional
JOCIEL JOSE SOLIERI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
16570

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 19/09/2024

2

3

4

5

6

7

8

Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80/242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

58 - Observação / Justificativa

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

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

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

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

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

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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laís Bittencourt Dal Lago
Nº da Carteirinha: 3.23.4557
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 17/11/2017

Nº da Guia: 20794

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	16:47:00	Playground (Ex.: parquinho)	Recreio

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

Descrição
A aluna estava voltando do recreio pela área amarela, e acabou batendo o pulso direito no acento da cadeira. Ela diz estar doendo bastante.

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

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

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 voltando do recreio pela área amarela, e acabou batendo o pulso direito no acento da cadeira. Ela diz estar doendo bastante.

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 pelo Operadora

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
20794

7 - Nome
LAIS BITTENCOURT DAL LAGO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

12 - Nome do Profissional Executante
GUILHERME K. SIQUEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
09/09/2024 18:15

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

26 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

27 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

28 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18652

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

11 - Código CINES
2686988

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM 18652

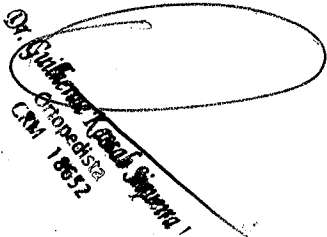
Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Caranda 10/09/2024

Paciente: 109647 - LAIS BITTENCOURT DAL LAGO
Médico: 18652 - GUILHERME K. SIQUEIRA
Médico Solicit.: GUILHERME K. SIQUEIRA
Data Exame: 09/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803104 - ANTEBRAÇO
Lado(s): Direito
sem lesões ósseas evidentes ao método


Dr. Guilherme K. Siqueira
Ortopedista
CRM 18652

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
09/09/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
20794

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LAIS BITTENCOURT DAL LAGO

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
GUILHERME K. SIQUEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
18652

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
09/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803104

26 - Descrição
ANTEBRAÇO

27 - Data de Realização
09/09/2024

28 - Qtd. Aut.
001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 09/09/2024	37 - Hora Inicial 18:17	38 - Hora Final a	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803104	41 - Descrição ANTEBRAÇO	42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 06	45 - Fator Red./Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2			a								
3			a								
4			a								
5			a								

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CNPJ
02713099978

51 - Nome do Profissional
GUILHERME K. SIQUEIRA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
18652

54 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

55 - CNPJ
08.242.746/0001740

56 - Faturamento Contas Médico

57 - 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 Médicos (R\$)
0,00

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leane Lacerda Matoso
Nº da Carteira: 3.23.4467
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 31/03/2011

Nº da Guia: 21956

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	12:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

Estavam treinando toque na aula de Educação Física e torceu os dedos com a bola.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Simone Ribas Schrott	42984090686

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Dubiel	09/10/2024

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

Estavam treinando toque na aula de Educação Física e torceu os dedos com a bola.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
21956

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome
LEANE LACERDA MATOSO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
25175

15 - UF
PR

16 - Código 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
09/10/2024 13:13

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

Dr. Daniel Gubert Jr.
CRM 35.178

Paciente: 110043 - LEANE LACERDA MATOSO
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 09/10/2024
Data de Emissão: 10/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS
Lado(s): Direito sem alterações ósseas

Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 09/10/2024	5 - Senha	12 - Atendimento a RV [N]	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21956	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LEANE LACERDA MATOSO	89 - Nome Social
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 09/10/2024	23 - Indicação Clínica	18 - UF PR
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MAO OU QUIRODACTILOS	17 - Número no Conselho 25175	19 - Código CBO
1 2 3 4 5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	31 - Código CNES 00000000	
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
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 09/10/2024	37 - Hora Inicial 13:18	38 - Hora Final 13:18	39 - Tabela 22
1 2 3 4 5			
40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MAO OU QUIRODACTILOS	42 - Qtd 001	43 - Via 001
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 00484351982	51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 25175			
54 - UF 41			
55 - Código CBO 225270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 2 3 4 5	09/10/2024	3 4 5 6 7 8 9 10	CLINICA Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPMs (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: Lucas Menon Mercer
Nº da Carteirinha: 3.23.4391
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 16/03/2007

Nº da Guia: 21657

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2024	08:01:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava na aula de educação física, jogando Handebol quando levou um empurrão e acabou caindo e batendo o lado direito do quadril.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	02/10/2024

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 na aula de educação física, jogando Handebol quando levou um empurrão e acabou caindo e batendo o lado direito do quadril.

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
19598

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]7 - Nome
LUCAS MENON MERCER

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia L.TDA.13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
2566311 - Código CNES
268698815 - UF
PR16 - Código CBO
22527012 - Nome do Profissional Executante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

Dados de Atendimento / Procedimento Realizado

27 - Indicador de Cobertura Especial
0128 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[9]18 - Data do Atendimento
02/10/2024 16:4419 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Lucas Menon Mercer

Paciente: 108031 - LUCAS MENON MERCER
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 02/10/2024
Data de Emissão: 10/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Bacia ap 1 inc

LAUDO DO EXAME:
40804011 - BACIA / PELVE
40804046 - COXA (FEMUR)
Lado(s): Direito
40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL
Lado(s): Direito
LAUDO: SEM ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO

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

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
02/10/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
19598

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUCAS MENON MERCER

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RM
LN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
TIAGO AUGUSTO COLFERAI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25663

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
02/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22 0040804011 BACIA / PELVE

2 22 0040804046 COXA (FEMUR)

3 22 0040804054 JOELHO 2 INC / AXIAL

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

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

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuella Liss Sauka
Nº da Carteirinha: 3.23.4722
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 29/04/2015

Nº da Guia: 20856

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	16:39:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição
A aluna estava em sala de aula quando acabou se desequilibrando da cadeira caiu e bateu o pulso esquerdo no chão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	10/09/2024

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 em sala de aula quando acabou se desequilibrando da cadeira caiu e bateu o pulso esquerdo no chão.

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:

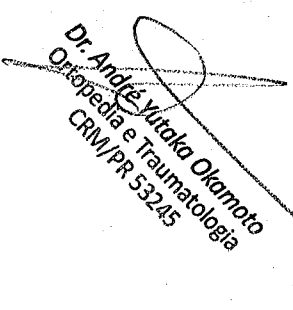
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Paciente: 103671 - MANUELLA LISS SAUKA
Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Data Exame: 10/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803112 - PUNHO - SEM SINAIS DE FRATURAS
Lado(s): Esquerdo


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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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

Dados do Beneficiário	5 - Validade da Carteira 01/02/2025	6 - Atendimento a RM [N]
-----------------------	--	-----------------------------

4 - Número da Carteira 4722	7 - Nome MANUELLA LISS SAUKA	26 - Nome Social
--------------------------------	---------------------------------	------------------

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

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	27 - Indicador de Cobertura Especial [9]	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
17 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
18 - Data do Atendimento 10/09/2024 17:21		22 - Valor do Procedimento 155,00	

23 - Observação / Justificativa <i>Paciente teve queda no dia com amputação do punho</i>	24 - Assinatura do Profissional Executante <i>Dr. André Yutaka Okamoto</i>	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Manuela</i>
---	---	--

Dr. André Yutaka Okamoto
Ortopedista Traumatologia
CRM/PR: 53.245
TEOT: 18.890

FE

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
10/09/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4722

9 - Validade da Carteira
01/02/2025

10 - Nome
MANUELLA LISS SAUKA

89 - Nome Social

12-Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
53245

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
10/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803112

26 - Descrição
PUNHO

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
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

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1	10/09/2024	37 - Hora Inicial 17:22	38 - Hora Final 17:22	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803112	41 - Descrição PUNHO	42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1,00	45 - Fator Red./Acresc. 48,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2												
3												
4												
5												

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part
12

50 - Código na Operadora/CNPJ
35360989831

51 - Nome do Profissional
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
53245

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1	10/09/2024	3	1	5	1	7
2	1	4	1	6	1	8

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

CLINICA PONTAGROSSENSE LTDA
FRATURAS E ORTOPEdIAS
CNPJ 80.242.745/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

André Yutaka Okamoto
Ortopedista e Traumatologia
CRM/PR 53245

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Fernanda Silva Lima
Nº da Carteira: 3.23.5143
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 14/10/2015

Nº da Guia: 21511



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2024	09:54:00	Pátio	Recreio

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A aluna estava no pátio na hora do intervalo(recreio) quando foi se deslocar para o bebedouro acabou torcendo o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Marilda	42 9907-5884

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	27/09/2024

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 no pátio na hora do intervalo(recreio) quando foi se deslocar para o bebedouro acabou torcendo o pé direito.

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 pelo Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]7 - Nome
MARIA FERNANDA SILVA LIMA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
JOCIEL JOSE SOLIERI13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1657015 - 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
27/09/2024 10:4919 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

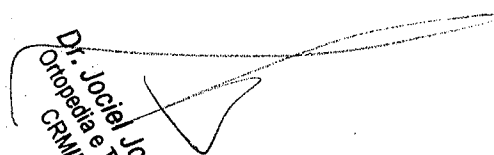
Marta Regina B. da Silva

Paciente: 109899 - MARIA FERNANDA SILVA LIMA
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 27/09/2024
Data de Emissão: 30/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+P 2 Inc

LAUDO DO EXAME:
Entorse de pé D com dor ligamentar em dorso do mediopé
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 27/09/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MARIA FERNANDA SILVA LIMA		12 - Atendimento a RM LNJ	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOICIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Joicel José Solieri Ortodontia-Traumatologia CRM/PR 16570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/09/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804097	
26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO		27 - Cide, Solib 001	
28 - Cide, Aut. 001		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 01	
36 - Data 27/09/2024		37 - Hora Inicial 11:08	
38 - Hora Final 11:08		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804097		41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	
42 - Cide 001		43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CNPJ 69680469972		51 - Nome do Profissional JOICIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 27/09/2024		3 11	
2 11		4 11	
5 11		6 11	
7 11		8 11	
58 - Observação/Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 09/05/2018

Nº da Guia: 20628.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/09/24	18:09:20	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	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Motivo do Retorno

Retorno

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

Paciente: 109566 - OTAVIO EIDAM GAWRONSKI
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 11/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX - fratura dos ossos do antebraço mantendo redução anatômica
40803104 - ANTEBRAÇO com gesso


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro AINS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
11/09/2024

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 RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados:

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
11/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803104

26 - Descrição
ANTEBRACO

27 - Qtd. Solicitada
04

28 - Qtd. Autorizada
04

29 - Qtd. Realizada
04

30 - Qtd. em Curso
00

31 - Qtd. em Espera
00

32 - Qtd. em Retorno
00

33 - Qtd. em Cancelamento
00

34 - Qtd. em Suspensão
00

35 - Qtd. em Reabertura
00

36 - Qtd. em Reabertura
00

37 - Qtd. em Reabertura
00

38 - Qtd. em Reabertura
00

39 - Qtd. em Reabertura
00

40 - Qtd. em Reabertura
00

41 - Qtd. em Reabertura
00

42 - Qtd. em Reabertura
00

43 - Qtd. em Reabertura
00

44 - Qtd. em Reabertura
00

45 - Qtd. em Reabertura
00

46 - Qtd. em Reabertura
00

47 - Qtd. em Reabertura
00

48 - Qtd. em Reabertura
00

49 - Qtd. em Reabertura
00

50 - Qtd. em Reabertura
00

51 - Qtd. em Reabertura
00

52 - Qtd. em Reabertura
00

53 - Qtd. em Reabertura
00

54 - Qtd. em Reabertura
00

55 - Qtd. em Reabertura
00

56 - Qtd. em Reabertura
00

57 - Qtd. em Reabertura
00

58 - Qtd. em Reabertura
00

59 - Qtd. em Reabertura
00

60 - Qtd. em Reabertura
00

61 - Qtd. em Reabertura
00

62 - Qtd. em Reabertura
00

63 - Qtd. em Reabertura
00

64 - Qtd. em Reabertura
00

65 - Qtd. em Reabertura
00

66 - Qtd. em Reabertura
00

67 - Qtd. em Reabertura
00

68 - Qtd. em Reabertura
00

69 - Qtd. em Reabertura
00

70 - Qtd. em Reabertura
00

71 - Qtd. em Reabertura
00

72 - Qtd. em Reabertura
00

73 - Qtd. em Reabertura
00

74 - Qtd. em Reabertura
00

75 - Qtd. em Reabertura
00

76 - Qtd. em Reabertura
00

77 - Qtd. em Reabertura
00

78 - Qtd. em Reabertura
00

79 - Qtd. em Reabertura
00

80 - Qtd. em Reabertura
00

81 - Qtd. em Reabertura
00

82 - Qtd. em Reabertura
00

83 - Qtd. em Reabertura
00

84 - Qtd. em Reabertura
00

85 - Qtd. em Reabertura
00

86 - Qtd. em Reabertura
00

87 - Qtd. em Reabertura
00

88 - Qtd. em Reabertura
00

89 - Qtd. em Reabertura
00

90 - Qtd. em Reabertura
00

91 - Qtd. em Reabertura
00

92 - Qtd. em Reabertura
00

93 - Qtd. em Reabertura
00

94 - Qtd. em Reabertura
00

95 - Qtd. em Reabertura
00

96 - Qtd. em Reabertura
00

97 - Qtd. em Reabertura
00

98 - Qtd. em Reabertura
00

99 - Qtd. em Reabertura
00

100 - Qtd. em Reabertura
00

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)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados:

1	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	11/09/2024	14:42	14:42	22	0040803104	ANTEBRACO	001				1,00	48,00
2												
3												
4												
5												

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

48 - Seqüência
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
92691510930

51 - Nome do Profissional
MARCOS PAULO BAGGIO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
16598

54 - UF
41

55 - Código CBO
226270

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

1 11/09/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

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

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

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

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

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

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

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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 20628.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/09/24	18:01:21	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

Motivo do Retorno
Retorno

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:

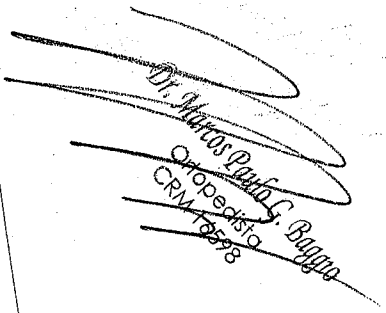
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Paciente: 109566 - OTAVIO EIDAM GAWRONSKI
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 18/09/2024
Data de Emissão: 01/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
RX COM GESSO
40803104 - ANTEBRAÇO
FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO EM CONSOLIDAÇÃO


Dr. Marcos Paulo C. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
18/09/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Nome Social

12 - Atendimento a RH

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

25 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Taboia

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Atde. Solic

28 - Atde. Solic

29 - Atde. Solic

30 - Atde. Solic

31 - Atde. Solic

32 - Atde. Solic

33 - Atde. Solic

34 - Atde. Solic

35 - Atde. Solic

36 - Atde. Solic

37 - Atde. Solic

38 - Atde. Solic

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CNES

2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Taboia

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Orde

43 - Via

44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

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 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Valor Total (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Valor Total (R\$)

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

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

1 - 18/09/2024

2 - 18/09/2024

3 - 18/09/2024

4 - 18/09/2024

5 - 18/09/2024

6 - 18/09/2024

7 - 18/09/2024

8 - 18/09/2024

9 - 18/09/2024

10 - 18/09/2024

11 - 18/09/2024

12 - 18/09/2024

13 - 18/09/2024

14 - 18/09/2024

15 - 18/09/2024

58 - Observação / Justificativa

59 - Observação / Justificativa

60 - Observação / Justificativa

61 - Observação / Justificativa

62 - Observação / Justificativa

63 - Observação / Justificativa

64 - Observação / Justificativa

65 - Observação / Justificativa

66 - Observação / Justificativa

67 - Observação / Justificativa

68 - Observação / Justificativa

69 - Observação / Justificativa

70 - Observação / Justificativa

71 - Observação / Justificativa

72 - 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 de Gases Medicinais (R\$)

66 - Total de Gases Medicinais (R\$)

67 - Total de Gases Medicinais (R\$)

68 - Total de Gases Medicinais (R\$)

69 - Total de Gases Medicinais (R\$)

70 - Total de Gases Medicinais (R\$)

71 - Total de Gases Medicinais (R\$)

72 - Total de Gases Medicinais (R\$)

73 - Total de Gases Medicinais (R\$)

48,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 09/05/2018

Nº da Guia: 20628.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/10/24	16:44:40	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	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

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

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

X O. Gawronski

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

ADVERTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

4 - Número da Carteira
20628

7 - Nome
OTAVIO EIDAM GAWRONSKI

25 - Nome Social

Dados do Contratado

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

11 - Código CNES
2686988

9 - Código na Operadora
0000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16398

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

12 - Nome do Profissional Executante
MARCOS PAULO BAGGIO

17 - Indicação de Atendimento / Procedimento Realizado
[9]

18 - Data do Atendimento
04/10/2024 08:58

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
Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 15398

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 04/10/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Autorizado 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 RN INJ			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/10/2024	
23 - Indicação Clínica Fratura do antebraço D		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0030712092	
26 - Descrição LUVIA		27 - Cidade Solicitante CRAN	
28 - Cidade Aut. 001		29 - Cidade Aut. 2686988	
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
Dados do Atendimento			
31 - Tipo de Atendimento 04		32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
33 - Tipo de Consulta 1		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
35 - Regime de Atendimento 01		36 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 04/10/2024		37 - Hora Inicial 09:17	
38 - Hora Final 09:17		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030712092		41 - Descrição LUVIA	
42 - Cidade 001		43 - Via 1,00	
44 - Fator Red./Acresc. 28,27		45 - Valor Unitário (R\$) 28,27	
46 - Valor Total (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/CNP 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho CNPJ 80.242.746/0001-40			
54 - Assinatura do Profissional			
55 - Assinatura do Contratado			
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 Troca do SAP por luva gessada			
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 Médicos (R\$) 0,00	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	
71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado	
73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado	
75 - Assinatura do Contratado		76 - Assinatura do Contratado	
77 - Assinatura do Contratado		78 - Assinatura do Contratado	
79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Contratado	
81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Contratado	
83 - Assinatura do Contratado		84 - Assinatura do Contratado	
85 - Assinatura do Contratado		86 - Assinatura do Contratado	
87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Contratado	
89 - Assinatura do Contratado		90 - Assinatura do Contratado	
91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Contratado	
93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Contratado	
95 - Assinatura do Contratado		96 - Assinatura do Contratado	
97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Contratado	
99 - Assinatura do Contratado		100 - Assinatura do Contratado	

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS
0000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
0000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

5 - Código CNES
2666988

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
01	03	04/10/2024	09:17	a	09:17	19	70034362	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA CREPE 10X1,8												
02	03	04/10/2024	09:17	a	09:17	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8												
03	03	04/10/2024	09:17	a	09:17	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
04	03	04/10/2024	09:17	a	09:17	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)												
05	07	04/10/2024	09:17	a	09:17	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS												
6				a								
20 - Descrição												
7				a								
20 - Descrição												
3				a								
20 - Descrição												
2				a								
20 - Descrição												
1				a								
20 - Descrição												
0				a								
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												
20 - Descrição												



Paciente: 109566 - OTAVIO EIDAM GAWRONSKI

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 04/10/2024

Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

RX sem gesso - Fratura dos ossos do antebraço D em consolidação sem desvio
40803104 - ANTEBRAÇO

Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/10/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 20628		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome OTAVIO EIDAM GAWRONSKI		88 - 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 MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/10/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803104	
26 - Descrição ANTEBRACO		27 - Cide, Sfic 001	
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 9		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 04/10/2024		37 - Hora Inicial 08:59	
38 - Hora Final 08:59		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 0040803104	
41 - Descrição ANTEBRACO		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/CNPJ 92691510930	
51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 16598		54 - UF PR	
55 - Código CBO 16598		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 04/10/2024	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE 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: 19110.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/09/2024	11:16:44	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	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 a consulta em 15/08/2024.

Ass.: _____

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: <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

19110

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

PEDRO HENRIQUE DE PAULA KAVALKEVOSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

JOCEL JOSE SOUZA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

46670 2919

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

16/09/2024 17:06

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. Luiz Idemto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Pedro Henrique de Paula Kavalkevski

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rebeca Suliani Schendroski

Nº da Carteira: 3.23.4571

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 07/06/2018

Nº da Guia: 20756

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/09/2024	10:25:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava na aula de educação física, quando escorregou e acabou torcendo o tornozelo direito.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	06/09/2024

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 na aula de educação física, quando escorregou e acabou torcendo o tornozelo direito.

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

5 - Validade da Carteira
23/05/2029

6 - Atendimento a RU
[N]

4 - Número da Carteira
3234571

7 - Nome
REBECA SULANI SCHENDROSKI

26 - Nome Social

11 - Código CNES
2686988

Dados do Contratado

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

15 - UF
PR

16 - Código CBO
226270

9 - Código na Operadora
000001

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16878

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

12 - Nome do Profissional Executante
CLAUDIO MATTOS

27 - Indicador de Cobertura Especial

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento
06/09/2024 15:36

19 - Tipo de Consulta
4

23 - Observação / Justificativa
Formosa de Malha de lateral de tornozelo de pulso e cair sobre uma corda.

24 - Assinatura do Profissional Executante
Dr. Claudio Mattos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 16878

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
[assinatura]



CLÍNICA PONTAGROSSENSE
DE FRATURAS E ORTOPEDIA

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
CRM 2919 / TEOT 4023
Cirurgia do Joelho, Artroscopia e
Traumatologia do Esporte, Fisioterapia

Dr. Francisco Henrique Caldeira
CRM 9391 / TEOT 3995
Cirurgia da Coluna Vertebral

Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10145 / TEOT 4457
Cirurgia do Quadril

Dr. Claudio Mattos
CRM 16878 / TEOT 8506
Cirurgia da Coluna Vertebral

Dr. Guilherme Kassab Siqueira
CRM 18652 / TEOT 9489
Cirurgia do Joelho, Artroscopia,
e Traumatologia do Esporte

Dr. Marcos Paulo Gomes Baggio
CRM 16598 / TEOT 8396
Cirurgia da Mão

Dr. Pedro Moyses Soares Jacintho
CRM 18891 / TEOT 9410
Cirurgia de Ombro, Artroscopia

Dr. Dante Luiz Gubert Jr
CRM 25175 / TEOT 10214
Cirurgia do Pé e Tornozelo,
Artroscopia

Dr. Jociel José Solferi
CRM 16570 / TEOT 8033
Cirurgia da Mão

Dr. Tiago Augusto Colferai
CRM 25663 / TEOT 13591
Cirurgia de Ombro e Cotovelo,
Artroscopia

Dr. André Yutaka Okamoto
CRM 53245 / TEOT 18800
Cirurgia do Joelho, Artroscopia e
Traumatologia de membros inferiores

REBECA SULIANI SCHENDROSKI

**DESCRIÇÃO DE CONFEÇÃO DE BOTA
GESSADA NO MID (FRATURA DO
MALÉOLO LATERAL)**

- 1) Paciente deitada, em dec. dorsal, na maca
- 2) Malha tubular e algodão ortopédico na perna e pé D
- 3) Confeção de bota gessada com salto no MID

DR Claudio Mattos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 16878

PONTA GROSSA, 6 de setembro de 2024

CLAUDIO MATTOS
CRM16878

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

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

Dados do Contratado Executante

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

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

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
01	03	17 - Registro ANVISA do Material 06/09/2024	16:49	a	16:49	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8												
02	03	06/09/2024	16:49	a	16:49	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
03	03	06/09/2024	16:49	a	16:49	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)												
04	03	06/09/2024	16:49	a	16:49	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G												
05	03	06/09/2024	16:49	a	16:49	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8												
06	07	06/09/2024	16:49	a	16:49	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS												
07				a								
20 - Descrição												
08				a								
20 - Descrição												
09				a								
20 - Descrição												
10				a								
20 - Descrição												
21 - Total de Gases 0,00												
22 - Total de Medicamentos 0,00												
23 - Total de Materiais (R\$) 55,56												
24 - Total de OPME (R\$) 0,00												
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18												
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00												
27 - Total Geral (R\$) 78,74												

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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

Data de Nascimento: 07/06/2018

Nº da Guia: 20756.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/09/24	17:59:51	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, quando escorregou e acabou torcendo o tornozelo direito.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	06/09/2024

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

Motivo do Retorno

Retorno

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

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
32345715 - Validade da Carteira
23/05/20296 - Atendimento a RM
1 N7 - Nome
REBECA SULIANI SCHENDROSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
2517515 - 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
18/09/2024 09:2519 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Schendroski

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 18/09/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3234571		9 - Validade da Carteira 23/05/2029	
10 - Nome REBECA SULIANI SCHENDROSKI		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contrato CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 26175		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/09/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Código do Procedimento 0030711010		26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
27 - Qtd. Aut. 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 0000000		32 - Assinatura do Contratado	
Dados do Atendimento			
33 - Tipo de Atendimento 04		34 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
35 - Tipo de Consulta 3		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
37 - Regime de Atendimento 01		38 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Data 18/09/2024		40 - Hora Inicial 10:11	
41 - Hora Final 10:11		42 - Hora Final 22	
43 - Código do Procedimento 0030711010		44 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	
45 - Qtd. 001		46 - Via 1,00	
47 - Fator Red./Acresc. 14,14		48 - Valor Unitário (R\$) 14,14	
49 - Valor Total (R\$) 14,14		50 - Valor Total (R\$) 14,14	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
51 - Seq. Ref 48		52 - Grau Part 60	
53 - Código na Operadora/CPF		54 - Nome do Profissional	
55 - Nome do Profissional			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 14,14			
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\$) 14,14			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

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



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

3 - Código na Operadora 0000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA
------------------------------------	---

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas																											
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$																	
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - Nº Autorização de Funcionamento																									
01	18/09/2024	10:11	a	10:11	19	70034664	2,00		36	1	9,12	18,24															
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8																											
02	18/09/2024	10:11	a	10:11	19	70861919	1,00		36	1	5,41	5,41															
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25																											
03	18/09/2024	10:11	a	10:11	19	70859205	1,00		36	1	0,19	0,19															
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)																											
04	18/09/2024	10:11	a	10:11	19	70848645	2,00		36	1	0,57	1,14															
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G																											
05	18/09/2024	10:11	a	10:11	19	70034141	2,00		36	1	15,29	30,58															
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8																											
06	18/09/2024	10:11	a	10:11	18	60000465	1,00		36	1	23,18	23,18															
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS																											
07			a																								
20 - Descrição																											
08			a																								
20 - Descrição																											
09			a																								
20 - Descrição																											
10			a																								
20 - Descrição																											
21 - Total de Gases		0,00		22 - Total de Medicamentos		0,00		23 - Total de Materiais (R\$)		55,56		24 - Total de OPME (R\$)		0,00		25 - Total de Taxas e Aluguéis		23,18		26 - Total de Diárias (R\$)		0,00		27 - Total Geral (R\$)		78,74	

Paciente: 108413 - REBECA SULLANI SCHENDROSKI

Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

Data Exame: 18/09/2024

Data de Emissão: 27/09/2024

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito AP AP RI E PERFIL FRATURA AVULSÃO DA
FÍBULA DISTAL

Dr. Dante L. Gubert
CRM 25.175

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
18/09/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3234571

9 - Validade da Carteira
23/05/2029

10 - Nome
REBECA SULIANI SCHENDROSKI

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
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
25175

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
18/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Cidade
001

28 - Qtd. Aut.

1

2

3

4

5

Dados do Contratado/Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CINES
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

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1	36 - Data 18/09/2024	37 - Hora Inicial 09:32	38 - Hora Final a	39 - Hora Final 09:32	22	40 - Código do Procedimento 0040804089	41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acess 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2			a										
3			a										
4			a										
5			a										

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
00484351982

51 - Nome do Profissional
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
25175

54 - UF
41

55 - Código CBO
229270

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

1 18/09/2024

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ: 00.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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

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

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

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

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

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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - 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: 21546



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2024	16:02:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A aluna estava se deslocando em sala de aula, quando torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Erim	(42) 99835-7940

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	27/09/2024

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 se deslocando em sala de aula, quando torceu o pé direito.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

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

Impresso por: Kelly Crystopher Alves

1 de 1

27/09/2024 16:06

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

3234571

5 - Validade da Carteira

23/05/2029

6 - Atendimento a RM

[N]

7 - Nome

REBECA SULIANI SCHENDROSKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

9 - Código na Operadora

000001

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

25663

12 - Nome do Profissional Executante

TIAGO AUGUSTO COLFERAI

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

27/09/2024 16:51

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. Tiago Augusto Colferai
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 25663

Schendroski

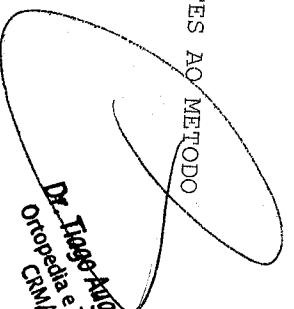
Paciente: 108413 - REBECA SULIANI SCHENDROSKI
Médico: 25663 - TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Médico Solicit.: TIAGO AUGUSTO COLFERAI
Data Exame: 27/09/2024
Data de Emissão: 30/09/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOSSELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Direito
LAUDO: SEM SINAIS DE FRATURA OU ALTERAÇÕES ÓSSEAS EVIDENTES AO METODO


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

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

13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEEDIA	15 - CNPJ 11.111.111/0001-11
--	--	---------------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante TIAGO AUGUSTO COLFERAI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 25663	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	---

21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1		27/09/2024	colapso

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIACA
22		

Dr. Tiago Augusto Colli
Fisioterapia Traumatologia

001

5

29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLÍNICA PONTAGROSSENSE DE FRATILIRAS E OPTODONTIA
--	--

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Exame	31 - Código CNES 2686988
---	-----------------------	----------------------	-----------------------------

20	9				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Dia da Semana	40 - Motivo de Encerramento do Atendimento	41 - Regime de Atendimento
					01
					42 - Saúde Ocupacional

27/09/2024	16:53	a	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\$)
27/09/2024	16:53	a	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSIACA	001				1,00	

ITEM	DESCRIPTION	QTY	UNIT PRICE	TOTAL
3	1.00 FODDACCILLO	001	48.00	48.00
3		1.00	48.00	48.00

2

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

Sa 84

Ordem	Nome do Profissional	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	49 - Grau Part.	50 - Código na Ordem/CPF				
12	05136246944	TIAGO AUGUSTO COLFERAI				
12	05136246944	TIAGO AUGUSTO COLFERAI				

	06	06	06
TRAGACUS LO COLFERA	25663	41	225270
	25663	41	225270
Clinica Pontagrossense	25663	41	225270
	25663	41	225270

Data de Realização do Procedimento em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 27/09/2024	3 / /
5 / /	

Pratugas e Ortopedias Ltda
 CNPJ 80.242.746/0001-40
 Av. Santa Maria 155 - Jd. Santa Maria - Curitiba - PR - 81212-000

[illegible]

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

96,00	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\$)	96,00
Assinatura do Responsável pela Autorização									

seu	Assinatura do Responsável	Assinatura do Contratado
		

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thalles Moreira Pereira

Nº da Carteirinha: 3.23.4196

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 05/11/2013

Nº da Guia: 20740

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/09/2024	10:21:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
O aluno estava no pátio no horário do intervalo(recreio) brincando de polícia e ladrão quando foi pegar o colega acabou batendo o 2º dedo da mão direita no colega, está sentindo bastante dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	06/09/2024

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

Observações
O aluno estava no pátio no horário do intervalo(recreio) brincando de polícia e ladrão quando foi pegar o colega acabou batendo o 2º dedo da mão direita no colega, está sentindo bastante dor.

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

Impresso por: Kelly Crystopher Alves

1 de 1

6/09/2024 10:24

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 3234196	5 - Validade da Carteira 12/12/2025
6 - Atendimento a RU [N]	
7 - Nome THALLES MOREIRA PEREIRA	
26 - Nome Social	
Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
12 - Nome do Profissional Executante JOCEL JOSE SOLERI	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 16570	
11 - Código CNES 0	
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
18 - Data do Atendimento 06/09/2024 11:11	19 - Tipo de Consulta 4
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	28 - Regime de Atendimento 01
29 - Saúde Ocupacional	23 - Observação / Justificativa
24 - Assinatura do Profissional Executante	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

Edson Fernandes Pereira

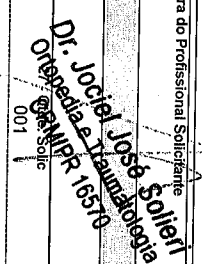
Paciente: 105078 - THALLES MOREIRA PEREIRA
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 06/09/2024
Data de Emissão: 14/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
dor em 2º dedo mão D durante brincadeira
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS
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 06/09/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3234196		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome THALLES MOREIRA PEREIRA		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 JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Jociel Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia 06/09/2024 16:570 001	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/09/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS			
27 - Tabela 2			
28 - Tabela 3			
29 - Tabela 4			
30 - Tabela 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 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 06/09/2024		37 - Hora Inicial 11:15	
38 - Hora Final 11:15		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 06/09/2024			
2, / /		3, / /	
4, / /		5, / /	
6, / /		7, / /	
8, / /			
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			

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinícius Gabriel Batista Rosa

Nº da Carteira: 3.23.4808

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 30/03/2014

Nº da Guia: 21905

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	15:57:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
O aluno estava pulando na cama elástica, quando torceu o pé direito.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	08/10/2024

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

Observações
O aluno estava pulando na cama elástica, quando torceu o pé direito.

Ass.: Kelly Crystopher Alves

Kelly Crystopher Alves

Andressa Ferreira P. Rosa

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

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

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 21905		6 - Atendimento a RV [N]	
7 - Nome VINICIUS GABRIEL BATISTA ROSA			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	
9 - Código na Operadora 000001		13 - Conselho Profissional 6	
12 - Nome do Profissional Executante JOCIEL JOSE SOLIERI		14 - Número no Conselho 16570	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado		11 - Código CNES 0	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		15 - UF PR	
19 - Tipo de Consulta [9]		16 - Código CBO 225270	
18 - Data do Atendimento 08/10/2024 17:10		20 - Tabela 22	
23 - Observação / Justificativa		21 - Regime de Atendimento 01	
		22 - Código do Procedimento 0010101012	
		29 - Saúde Ocupacional	
		22 - Valor do Procedimento 155,00	
24 - Assinatura do Profissional Executante			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

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

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Andressa Ferreira J. da Silva

Paciente: 110035 - VINICIUS GABRIEL BATISTA ROSA

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 08/10/2024

Data de Emissão: 10/10/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

Entorse de tornozelo D com dor ligamentar em dorso do mediopé
40804089 - TORNZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s) : Direito

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

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/10/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21905		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VINICIUS GABRIEL BATISTA ROSA		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 JOCEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri Ortopedia e Traumatologia SP/MPR 16570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/10/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804089	
26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA		27 - Cidade, Solte 001	
28 - Cidade, Aut. 48.00		29 - Cidade, Aut. 48.00	
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 08/10/2024		37 - Hora Inicial 17:15	
38 - Hora Final 17:15		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804089		41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
42 - Cidade 001		43 - Via 1.00	
44 - Fator Red./Acresc 48.00		45 - Valor Unitário (R\$) 48.00	
46 - Valor Total (R\$) 48.00		47 - Valor Total (R\$) 48.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel 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 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 08/10/2024 3 11 5 11 7 11 9 FAZEMPAMENTO CONTAS MEDICAS			
58 - Observação / Justificativa 2 11 4 11 6 11 8 11 10 11			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPIE (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 48.00		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável J Anderson J. P. Roca.			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória Carolyne de Mattos
Nº da Carteira: 3.23.4339
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 20/01/2011

Nº da Guia: 21944

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/10/2024	10:47:00	Quadra	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
Durante a aula de educação física a bola bateu no dedo da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marilda Lopes	42 9921-7636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kyoma Franceschi	09/10/2024

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

Observações
Foi avisado a mãe e sugerido levar a aluna para a avaliação na Clínica Pontagrossense.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
21944

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome
VITORIA CAROLYNE DE MATTOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
53245

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

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
09/10/2024 11:31

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

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

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

2 - N° da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 09/10/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador	

8 - Número da Carteira	21944
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	VITORIA CAROL YNE DE MATTOS
89 - Nome Social	
12-Atendimento a RN	IN I

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante	ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		
16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
06	53245	PR	22070
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1		09/10/2024	FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA

24 - Tabula	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Data Solic.	28 - Data Aut.
1	0030722349	FRATURA DE FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR		
2	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	
3			001	

4
5
001

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

2869888	
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
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Procedimentos e Exames Realizados

01 - Data Inicial	02 - Hora Inicial	33 - Taboleta	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtda	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
09/10/2024	11:57	a	22	FRATURA DE FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR	001			1,00	91,22	91,22
09/10/2024	11:57	a	22	IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	14,14	14,14
		a								
		a								

Identificação dos Profissional(s) Executante(s)					
- Seq.Ref	48 - Grau Part.	50 - Código na Ordem de RF	61 - Nome do Profissional		
				52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
				64 - UF	65 - Código CBO

Data de Realização do Procedimento em Série 57 Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1	__/__/__
2	__/__/__
3	__/__/__
4	__/__/__
5	__/__/__
6	__/__/__
7	__/__/__
8	__/__/__
9	__/__/__
10	__/__/__

Observação / Justificativa

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

Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
105,36		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		105,36	
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)

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

[illegible]

266988														
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$				
01	17 - Registro ANVISA do Material 09/10/2024	11:57	a	11:57	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24			
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18														
02	03	09/10/2024	11:57	a	11:57	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90		
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m														
03	03	09/10/2024	11:57	a	11:57	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41		
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25														
04	03	09/10/2024	11:57	a	11:57	19	70861919	1,00	36	1	0,19	0,19		
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)														
05	07	09/10/2024	11:57	a	11:57	18	60000465	2,00	36	1	23,18	46,36		
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS														
06	a													
20 - Descrição														
07	a													
20 - Descrição														
08	a													
20 - Descrição														
09	a													
20 - Descrição														
10	a													
20 - Descrição														
21 - Total de Gases												0,00		
22 - Total de Medicamentos												0,00		
23 - Total de Materiais (R\$)												63,74		
24 - Total de OPME (R\$)												0,00		
25 - Total de Taxas e Aluguéis												46,36		
26 - Total de Diárias (R\$)												0,00		
27 - Total Geral (R\$)												110,10		

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 09/10/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21944		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VITORIA CAROLYNE DE MATTOS		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código na Operadora 80242746000140			
14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA			
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO			
16 - Conselho Profissional 06			
17 - Número no Conselho 53245			
18 - UF PR			
19 - Código CBO 225270			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 53245 Z/CRM-SP 001			
21 - Caracter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 09/10/2024		23 - Indicação Clínica CONTUSAO NO DEDO	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MAO OU QUIRODACTILOS		28 - Cide. Aut. 48,00	
Dados do Contratado - Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
31 - Código CNES 2688988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 09/10/2024		37 - Hora Inicial 11:47	
38 - Hora Final 11:47		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MAO OU QUIRODACTILOS	
42 - Cide 001		43 - Via 44 - Loc. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 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/PF 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 53245	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 09/10/2024		3	
2		4	
5		6	
7		8	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

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