

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Ermes de Mello

Nº da Carteirinha: 3.23.4375

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 21/07/2014

Nº da Guia: 23282



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/11/2024	10:25:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno estava na aula de educação física jogando pega bandeira quando bateu o 1º dedo da mão esquerda na haste de ferro, está inchado e ele está sentindo bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Elisângela	42 9964-7794

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	19/11/2024

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 na aula de educação física jogando pega bandeira quando bateu o 1º dedo da mão esquerda na haste de ferro, está inchado e ele 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

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 23282	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RU [N]
7 - Nome ARTHUR ERMES DE MELLO		
26 - Nome Social		

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.	11 - Código CNES 2686988
12 - Nome do Profissional Executante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 2919
	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional
--	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------

18 - Data do Atendimento 19/11/2024 13:17	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012	22 - Valor do Procedimento 155,00
--	----------------------------	-------------------	---	--------------------------------------

23 - Observação / Justificativa

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

Luiz Jacintho Siqueira

1 - Registro AINS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 19/11/2024	5 - Sentença

8 - Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Nome Social	12 - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário	23282	ARTHUR ERMES DE MELLO		N

13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia
--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 2919	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	19/11/2024	m. A. poderão refutar Dr. Edson Ouro Preto CRM-2919

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Cide, Solic	28 - Cide, Aut.
1	22	0030712092	LUVA	
2				
3				
4				
5				

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

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	3		01	

[illegible]

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40							

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável										ATENDIMENTO CONTAS MEDICAS									
1	1/1	2	1/1	3	1/1	4	1/1	5	1/1	6	1/1	7	1/1	8	1/1	9	1/1	10	1/1
2	1/1	3	1/1	4	1/1	5	1/1	6	1/1	7	1/1	8	1/1	9	1/1	10	1/1		
556-Observação / Justificativa Observação e de + descrição geral + me da usuf.																			

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
28,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28,27

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS
0000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Execitante

3 - Código na Operadora
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

5 - Código CNES
2666988

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$		
01	17 - Registro ANVISA do Material 19/11/2024	13:36	a	13:36	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24	
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8												
02	03	19/11/2024	13:36	a	13:36	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25												
03	03	19/11/2024	13:36	a	13:36	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G												
04	03	19/11/2024	13:36	a	13:36	19	70034583	3,00	36	1	20,36	61,08
20 - Descrição ATADURA GESSADA 10X03												
05	03	19/11/2024	13:36	a	13:36	19	70856591	1,00	36	1	16,95	16,95
20 - Descrição CAMPO CIR 100X70 ESTÉRIL DESC												
06	07	19/11/2024	13:36	a	13:36	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS												
07	a											
20 - Descrição												
08	a											
20 - Descrição												
09	a											
20 - Descrição												
10	a											
20 - Descrição												
Total de Gases 0,00												
22 - Total de Medicamentos 0,00												
23 - Total de Materiais (R\$)												
24 - Total de OPME (R\$)												
25 - Total de Taxas e Aluguéis												
R\$ Total - R\$												



Paciente: 110537 - ARTHUR ERMES DE MELLO
Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA
Data Exame: 19/11/2024
Data de Emissão: 21/11/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
trauma de polegar esq pela manhã
RX
40803120 - MÃO OU QUIRODACTÍLIOS
Lado(s): Esquerdo

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

2 - Nº da Guia do Prestador

ADVENIA

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 19/11/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 23282	
Dados do Solicitante		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome ARTHUR ERINES DE MELLO		11 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [N]		13 - Código na Operadora 80242746000140	
14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 2919	
18 - UF PR		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Luiz Jacintho Siqueira Ortopedia 001		21 - Caráter do Atendimento 1	
22 - Data da Solicitação 19/11/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
27 - Cide 001		28 - Cide Aut.	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 2686988		32 - Tipo de Atendimento 23	
33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01	
37 - Saúde Ocupacional		38 - Data 19/11/2024	
39 - Hora Inicial 13:26		40 - Hora Final 13:26	
41 - Código do Procedimento 0040803120		42 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
43 - Cide 001		44 - Via	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$) 1,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq. Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF 14205882904	
51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 2919		54 - UF	
55 - Código CBO 225270		56 - Data da Realização de Procedimentos em Sítio 19/11/2024	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
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 Contratado	
67 - Observação / Justificativa		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Observação / Justificativa		70 - Assinatura do Contratado	
71 - Observação / Justificativa		72 - Assinatura do Contratado	
73 - Observação / Justificativa		74 - Assinatura do Contratado	
75 - Observação / Justificativa		76 - Assinatura do Contratado	
77 - Observação / Justificativa		78 - Assinatura do Contratado	
79 - Observação / Justificativa		80 - Assinatura do Contratado	
81 - Observação / Justificativa		82 - Assinatura do Contratado	
83 - Observação / Justificativa		84 - Assinatura do Contratado	
85 - Observação / Justificativa		86 - Assinatura do Contratado	
87 - Observação / Justificativa		88 - Assinatura do Contratado	
89 - Observação / Justificativa		90 - Assinatura do Contratado	
91 - Observação / Justificativa		92 - Assinatura do Contratado	
93 - Observação / Justificativa		94 - Assinatura do Contratado	
95 - Observação / Justificativa		96 - Assinatura do Contratado	
97 - Observação / Justificativa		98 - Assinatura do Contratado	
99 - Observação / Justificativa		100 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Gabriel Pereira Gomes de Almeida
Nº da Carteirinha: 3.23.4360
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 26/09/2011

Nº da Guia: 23691

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	10:30:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futsal no intervalo (recreio) quando acabou caindo e torcendo o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Erik Lopes	42 9946-8384

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	03/12/2024

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 no intervalo (recreio) quando acabou caindo e torcendo o pé esquerdo.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

Marcos Almeida

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
23691

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]7 - Nome
ENZO GABRIEL PEREIRA GOMES DE ALMEIDA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

10 - Nome do Contratado

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1667011 - Código CNES
0

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

18 - Data do Atendimento

03/12/2024 11:53

19 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Enzo Gabriel Pereira Gomes de Almeida
CRM 23691

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Enzo Gabriel Pereira Gomes de Almeida

Paciente: 102309 - ENZO GABRIEL PEREIRA GOMES DE ALMEIDA
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 03/12/2024
Data de Emissão: 04/12/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Pé ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

Entorse de pé E com dor em antepé

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Esquerdo
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Esquerdo

2 - Nº da Guia do Prestador

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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 03/12/2024		5 - Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23691		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome ENZO GABRIEL PEREIRA GOMES DE ALMEIDA		6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora		11 - 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 JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 03/12/2024	
23 - Indicação Clínica		18 - UF PR	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804089	
26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA		27 - Código CBO 001	
28 - Tabela 22		29 - Código do Procedimento 0040804097	
30 - Descrição PÉ OU PODOACTILO		31 - Código CBO 001	
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 03/12/2024		37 - Hora Inicial 11:55	
38 - Hora Final 11:55		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804089		41 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	
42 - Código 001		43 - Via 001	
44 - Fator Red.Accese 1,00		45 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
46 - Valor Total (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF PR		55 - Código CBO 001	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 03/12/2024		3	
2 03/12/2024		4	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00			
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\$) 96,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Szlyjan Siqueira
Nº da Carteirinha: 3.23.3514
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 11/03/2014

Nº da Guia: 23339

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2024	16:10:00	Escada	Deslocamento Interno

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

Descrição
Durante o deslocamento interno a aluna caiu na escada e bateu as duas pernas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marilda	(42) 99904-0553

Quem prestou primeiros socorros	Data
Michelle Mainardes	21/11/2024

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 comunicado a família e sugerido avaliação médica na Clínica Pontagrossense de Fraturas.

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

23339

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

[N]

7 - Nome

JULIA SZLYJAN SIQUEIRA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16570

15 - UF

PR

16 - Código CBO

226270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

21/11/2024 18:13

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

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Ueniradas S. Pires

Paciente: 110561 - JULIA SZLYJAN SIQUEIRA
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 21/11/2024
Data de Emissão: 11/12/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Perna apt+ 2 inc

LAUDO DO EXAME:
Trauma direto em canela perna D.
Dor e equimose local
40804070 - PERNA
Lado(s): Direito


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 21/11/2024	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - 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 JOCIEL JOSE SOLIERI	
16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570	
18 - UF PR	
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1	
22 - Data da Solicitação 21/11/2024	
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804070	
26 - Descrição PERNA	
27 - Qtd. Solic. 001.	
28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora 80242746000140	
30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 00000000	
32 - Tipo de Atendimento 23	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 21/11/2024	
37 - Hora Inicial 18:17	
38 - Hora Final 18:17	
39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804070	
41 - Descrição PERNA	
42 - Qtd. 001	
43 - Via	
44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$) 64,00	
47 - Valor Total (R\$) 64,00	
48 - Seq. Ref. 1	
49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972	
51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 16570	
54 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
56 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 64,00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 64,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Ferreira Campos

Nº da Carteira: 3.23.3627

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 15/08/2011

Nº da Guia: 23750



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/12/2024	10:12:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna Laura estava jogando vôlei na aula de educação física quando a bola bateu com muita força no 1ºdedo da mão direita.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	04/12/2024

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 Laura estava jogando vôlei na aula de educação física quando a bola bateu com muita força no 1ºdedo 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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
23750

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
1 N7 - Nome
LAURA FERREIRA CAMPOS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Executante
ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
5324515 - UF
PR16 - Código CAO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (faciente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
04/12/2024 11:2319 - 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. André Yutaka Okamoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 53245

Paciente: 110716 - LAURA FERREIRA CAMPOS

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 04/12/2024

Data de Emissão: 05/12/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+ p 2. inc.

LAUDO DO EXAME:

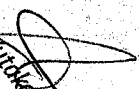
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS

Lado(s): Esquerdo

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS

Lado(s): Direito

LAUDO: SEM SINAIS DE FRATURAS


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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 04/12/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23750		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome LAURA FERREIRA CAMPOS		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante 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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 04/12/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
27 - Data de Solicitação 0040803120		28 - Indicação Clínica MÃO OU QUIRODACTILOS	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
Dados do Atendimento			
31 - Tipo de Atendimento 23		32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
33 - Tipo de Consulta 9		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - Data 04/12/2024		36 - Hora Inicial 11:27	
37 - Hora Final 11:27		38 - Tabela 22	
39 - Código do Procedimento 0040803120		40 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
41 - Data 04/12/2024		42 - Tabela 22	
43 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		44 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
45 - Valor Total (R\$) 48,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
49 - Valor Total (R\$) 48,00		50 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
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 PR		55 - Código CBO 225270	
56 - Data da Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 04/12/2024		3 11/11	
2 04/12/2024		4 11/11	
5 11/11		6 11/11	
7 11/11		8 11/11	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPM (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 96,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

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

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopédias Ltda
CNPJ 06.940.746/0001-40
NATURALEZA CONTAS MÉDICAS

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: 23320

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2024	11:44:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	21/11/2024

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 vôlei na aula de educação física quando torceu o joelho 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

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

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16570

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

01

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

21/11/2024 13:23

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabeta

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

155,00

23 - Observação / Intervenções

ativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

Paciente: 108031 - LUCAS MENON MERCER

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 21/11/2024

Data de Emissão: 22/11/2024

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIÓLOGICOS

EXAME: Joelho ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL

Lado(s): Direito

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

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 21/11/2024		5 - Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 19598		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome LUCAS MENON MERCER		11 - Data de Validade da Senha	
12 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
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	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 21/11/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804054		26 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 21/11/2024		37 - Hora Inicial 13:28	
38 - Hora Final 13:28		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804054		41 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CNPJ 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 21/11/2024		3 11/11	
2 11/11		4 11/11	
5 11/11		6 11/11	
7 11/11		8 11/11	
58 - Observação / Justificativa			
Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS			
9 - Total de Procedimentos (R\$) 64,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPM (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 64,00		66 - Assinatura do Contratado	

Dr. Joziel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16570-28 - Cide. Aut.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Eduarda de Lara Galvão
Nº da Carteirinha: 3.23.4132
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 28/12/2010

Nº da Guia: 23489

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2024	10:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
A aluna estava jogando vôlei na aula de educação física, quando pulou e ao cair no chão virou o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	27/11/2024

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

Observações
A aluna estava jogando vôlei na aula de educação física, quando pulou e ao cair no chão virou 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
----------------------------	---

Dados do Beneficiário		
4 - Número da Carteira 23489	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN N

7 - Nome MARIA EDUARDA DE LARA GALVAO
28 - Nome Social

Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.			11 - Código CNES 2686988	
12 - Nome do Profissional Executante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 53245	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	27 - Indicador de Cobertura Especial	28 - Regime de Atendimento 01	29 - Saúde Ocupacional		
18 - Data do Atendimento 27/11/2024 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
--	--

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/11/2024

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
23489

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA EDUARDA DE LARA GALVAO

89 - Nome Social

12 - Atendimento a R/N
[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
226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
André Yutaka Okamoto
CRM/PR 53245
TEO178990

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
27/11/2024

23 - Indicação Clínica
ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
0030728134

26 - Descrição
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -

27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Aut

Dados do Contratado Esecutante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2666998

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

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

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data
27/11/2024

37 - Hora Inicial
11:55

38 - Hora Final
11:55

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030728134

41 - Descrição
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -

42 - Qtd
001

43 - Via
1,00

44 - Tec.
124.63

45 - Fator Red./Acresc
124.63

46 - Valor Unitário (R\$)
124.63

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Esecutante(s)

48 - Seq. Ref
49 - Grau Part.

60 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 1 1 3 1 1 5 1 1 7 1 1 10 1 1

2 1 1 4 1 1 6 1 1 8 1 1

58 - Observação / Justificativa

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 08.242.746/0001-40
FABURAMENTO CONTAS MEDICAS

59 - Total de Procedimentos (R\$)
124.63

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\$)
124.63

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADVENTISTA

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

1 - Registro ANS
000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acreso	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	03	27/11/2024	11:57	19	70034864	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	03	27/11/2024	11:57	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
03	03	27/11/2024	11:57	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
04	03	27/11/2024	11:57	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14
20 - Descrição LUVA PROCEDIMENTO G										
05	03	27/11/2024	11:57	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8										
06	07	27/11/2024	11:57	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										

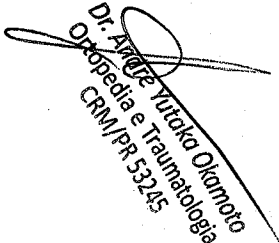


Paciente: 110621 - MARIA EDUARDA DE LARA GALVAO
Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Data Exame: 27/11/2024
Data de Emissão: 28/11/2024

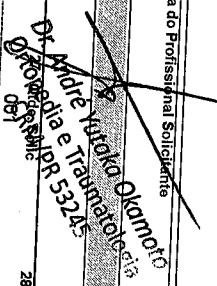
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito
40804097 - PÉ OU PODODACTILO
Lado(s): Direito
40804070 - PERNA
LAUDO: SEM SINAIS DE FRATURAS


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

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 27/11/2024		5 - Sentia	
Dados do Beneficiário		6 - Data de Validade da Sentia	
8 - Número da Carteira 23489		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MARIA EDUARDA DE LARA GALVAO		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Solicitante		89 - Nome Social	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 53245		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante André Yutaka Okamoto CRM/PR 53245 Ortopedia e Traumatologia	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/11/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
Dados do Atendimento		31 - Código CNES 2686988	
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 27/11/2024		37 - Hora Inicial 11:34	
38 - Hora Final 11:34		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804097		41 - Descrição TORNOSSELO OU ART. TIBIO TARSICA	
42 - Cide 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 001		45 - Fator Red/Acresc. 1,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
48 - Seq. Rel 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRE 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 27/11/2024 2 27/11/2024		58 - Observação / Justificativa 3 4 5 6 7 8 9 Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 AUTORAMENTO CONTAS MEDICAS	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total do OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 96,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 27/11/2024		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carreira 23489		9 - Validade da Carreira	
10 - Nome MARIA EDUARDA DE LARA GALVAO		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RM [N]			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 53245		18 - UF PR	
19 - Código CEO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Andre Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM 53245	
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/11/2024	
23 - Indicação Clínica ENTORSE DO TORNOZELO		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040804070	
26 - Descrição PERNA		28 - Qtd. Aut. 6	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CIES 2686988			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 27/11/2024		37 - Hora Inicial 11:57	
38 - Hora Final 11:57		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804070		41 - Descrição PERNA	
42 - Qtd 001		43 - Via 001	
44 - Rec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 64,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 64,00		47 - Valor Total (R\$) 64,00	
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRE YUTAKA OKAMOTO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 53245	
54 - UF 41		55 - Código CEO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 27/11/2024		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3	
58 - Observação / Justificativa Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS		59 - Total de Procedimentos (R\$) 64,00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 64,00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaela Nunes Blageski

Nº da Carteira: 3.23.4989

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 04/02/2016

Nº da Guia: 23788



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	08:14:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Chutou a bola de mal jeito	Pé Esquerdo

Descrição
A aluna estava jogando futebol, quando foi chutar a bola acabou chutando de mal jeito e está sentindo bastante dor no pé esquerdo

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	05/12/2024

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

Observações
A aluna estava jogando futebol, quando foi chutar a bola acabou chutando de mal jeito e está sentindo bastante dor no 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

Impresso por: Kelly Crystopher Alves

1 de 1

5/12/2024 09:24

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

4 - Número da Carteira

7 - Nome
RAFAELA NUNES BLAGESKI

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
939111 - Código CNES
268698815 - UF
PR16 - Código CBO
22627012 - Nome do Profissional Executante
FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
05/12/2024 09:0419 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9391

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 98086 - RAFAEL
Médico: 9391 - FRANCIS
Médico Solicit.: FRANCISC
Data Exame: 05/12/202
Data de Emissão: 06/12/202

CLINICA PONTAGR

EXAME: Pé aptp 2. inc

LAUDO DO EXAME:
40804097 - PÉ OU POD

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data da Autorização 05/12/2024	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAELA NUNES BLAGESKI	
Dados do Solicitante		89 - Nome Social	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	12 - Atendimento a RM [N]	
15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA		16 - Conselho Profissional 06	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		17 - Número no Conselho 9391	
21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/12/2024	23 - Indicação Clínica	18 - UF PR
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040804097	26 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	19 - Código CBO
27 - Cidade Solicitante Francisco Henrique Caldeira Ortopedia e Traumatologia CRM/R 9391			
Dados do Contratado Executante			
28 - 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
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados			
1 - Data 05/12/2024	37 - Hora Inicial 10:05	38 - Hora Final 10:05	39 - Tabela 22
2 - Hora Inicial 10:05	40 - Código do Procedimento 0040804097	41 - Descrição PÉ OU PODODACTILO	42 - Cide 001
3 - Hora Final 10:05	43 - Via 001	44 - Tec. 1,00	45 - Fator Red./Acresc. 48,00
4 - Descrição a	46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00	
5 - Descrição a			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 35343435904	51 - Nome do Profissional FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 9391			
54 - UF 41			
55 - Código CBO 228270			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 05/12/2024			
2 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 05/12/2024	3 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	4 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
6 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	7 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	8 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	9 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
10 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	11 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	12 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	13 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sarah Batista de Geus
Nº da Carteirinha: 3.23.3529
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 08/12/2012

Nº da Guia: 23786

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/12/2024	08:09:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna estava jogando Handebol no recreio (intervalo), quando foi tentar segurar uma bola arremessada a bola bateu com muita força no 4º dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Helen Sikorski	42 9809-8379

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	05/12/2024

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

Observações
A aluna estava jogando Handebol no recreio (intervalo), quando foi tentar segurar uma bola arremessada a bola bateu com muita força no 4º dedo da mão direita.

Kelly A. Batista de Geus

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

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome

SARAH BATISTA DE GEUS

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

9391

15 - UF

PR

16 - Código CEO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

05/12/2024 09:56

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

Francisco Henrique Cabreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9391

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

mmf.

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 05/12/2024 5 - Senha

Dados do Beneficiário

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome SARAH BATISTA DE GEUS

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 80242746000140

14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 9391

18 - UF PR

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8391

21 - Caráter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 05/12/2024 23 - Indicação Clínica ENTORSE DE DEDO

24 - Tabela 1 25 - Código do Procedimento 0030711010 26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtd. Solic 001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 80242746000140

30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA

31 - Código CIES 2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento 01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
05/12/2024	10:21	10:21	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1.00			14,14	14,14
1	2										
2											
3											
4											
5											

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

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

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / /

58 - Observação / Justificativa TRAUMA DE QUARTO DEDO. TALA METALICA

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.842.746/0001-40
FATIPAMENTO CONTAS MEDICAS

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

Dr. Francisco Henrique Caldeira

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

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSA

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	5 - Código CNES
03	17 - Registro ANVISA do Material					2686988
01	05/11/2004					

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Cide	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	17 - Registro ANVISA do Material	10:21	10:21	19	70789172	2,00	38	1	2,22	4,44
02	20 - Descrição	ESPÁRADRAPO 10X4,5 (10 cm)								
03	05/12/2024	10:21	10:21	19	70754284	1,00	36	1	11,97	11,97
04	20 - Descrição	TALA ALUMINIO 16X250 MEDIA								
05	05/12/2024	10:21	10:21	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
06	20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS								
07	20 - Descrição									
08	20 - Descrição									
09	20 - Descrição									
10	20 - Descrição									
21 - Total de Gases 22 - Total de Medicamentos 23 - Total de Materiais (R\$) 24 - Total de OPME (R\$) 25 - Total de Taxas e Aluguéis 26 - Total de Diárias (R\$) 27 - Total Geral (R\$)										

Paciente: 110726 - SARAH BATISTA DE GEUS

Médico: 9391 - FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Médico Solicit.: FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA

Data Exame: 05/12/2024

Data de Emissão: 06/12/2024

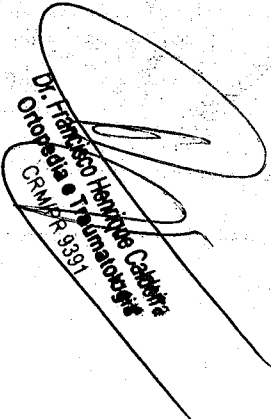
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTÍLOS= S.O.
Lado(s): Direito



Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 9391

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 05/12/2024	5 - Senha		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome SARAH BATISTA DE GEUS	89 - Nome Social
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
15 - Nome do Profissional Solicitante FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA			
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/12/2024	23 - Indicação Clínica	16 - Conselho Profissional 06
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	17 - Número no Conselho 9391
1		18 - UF PR	19 - Código CBO
2			20 - Assinatura do Profissional Solicitante
3			
4			
5			
Dados do Contratado/Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140	30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	31 - Código CNES 2686988	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 05/12/2024	37 - Hora Inicial 10:00	38 - Hora Final 10:00	39 - Tabela 22
2	a	a	40 - Código do Procedimento 0040803120
3	a	a	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS
4	a	a	
5	a	a	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 35343435904	51 - Nome do Profissional FRANCISCO HENRIQUE CALDEIRA
52 - Conselho Profissional 06			
53 - Número no Conselho 9391			
54 - UF 41			
55 - Código CBO 225270			
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 05/12/2024			
2	1	3	4
3	1	4	1
4	1	5	1
5	1	6	1
6	1	7	1
7	1	8	1
8	1	9	1
9	1	10	1
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Francisco Henrique Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 9391