

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Wagner Ries
Nº da Carteira: 3.23.5048
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 13/06/2012

Nº da Guia: 27793

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/04/2025	12:30:00	Escada	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna estava descendo as escadas e torceu o pé direito, está com bastante dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	28/04/2025

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 descendo as escadas e torceu o pé direito, está com bastante dor.

Ass.: 
Kelly Crystopher Alves

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

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

Impresso por: Kelly Crystopher Alves

1 de 1

28/04/2025 12:31

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

00690000010411103

5 - Validade da Carteira

01/05/2026

6 - Atendimento a RN

LN

7 - Nome

ALICE WAGNER RIES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

0000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

12 - Nome do Profissional Executante

CARLOS CEZAR WOZNIAKI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

10145

11 - Código CNES

2686988

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

17 - Indicação de Atendimento / Procedimento Realizado

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

28/04/2026 13:54

19 - Tipo de Consulta

4

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

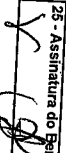
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante


CARLOS CEZAR WOZNIAKI
CRM 19.145

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

89 - Norme Social

15 - Nome do Profissional Solicitante	CARLOS CEZAR WOZNIAKI	
16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Qtde. Solic

28 - Qtde. Aut.

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDI/A

32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 -	

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
Seq Ref			

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

1 ____/____/____ Data de Realização de Procedimentos em Série 57 Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 2 ____/____/____
 3 ____/____/____
 4 ____/____/____
 5 ____/____/____
 6 ____/____/____
 7 ____/____/____

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

Observação / Justificativa
Atura arrancamento maleolo medial tornozelo direito tem bota preta

Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OOME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de O.C. (R\$)
56,53	0,00	0,00			

Assinatura do Responsável pela Autorização		Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

66 - Total Geral (R\$)	56,53
Dr. Carlos C. Almeida	
CRM 10145-PR	
Instituto	

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

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGE

Despesas Realizadas	
CONVÊNIO DE FRATURAS E ORTOPEDIA	

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	5 - Código CNES
17 - Registro ANVISA do Material					26869888

[illegible]

0,00	total de Gases
------	----------------

22 - Total de Medicamentos
0,00

23 - Total de Materiais (R\$)

24 - Total de OPME (R\$)

25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18
--------------------------------	-------

26 - Total de Diárias (R\$)

27 - Total Geral (R\$)
78,74

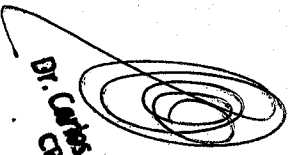


Paciente: 110086 - ALICE WAGNER RIES
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 28/04/2025
Data de Emissão: 29/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Tornozelo ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40804089 - TORNÓZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito fratura arrancamento maleolo medial



Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 18.145

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
28/04/2025

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
00690000010411103

9 - Validade da Carteira
01/05/2026

10 - Nome
ALICE WAGNER RIES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
28/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Qtd. Solte
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CUES
2666988

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
28/04/2025

37 - Hora Inicial
14:21

38 - Hora Final
14:21

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento
0040804089

41 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acrasc.

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF
59294523934

51 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho
10145

54 - UF

55 - Código CBO
225270

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

58 - Observação / Justificativa
ENTORSE TORNOZELO DIREITO

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

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Nome Social

71 - Número da Guia Arribuído pela Operadora

72 - Atendimento a RN
N

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Alice Wagner Ries

Nº da Carteira: 3.23.5048

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 13/06/2012

Nº da Guia: 27793.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/05/2025	13:13:23	Escada	Salda

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Pé Direito

Descrição

A aluna estava descendo as escadas e torceu o pé direito, está com bastante dor.

Testemunha da ocorrência

Kelly Crystopher Alves

Telefone

(42) 99931-2966

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

28/04/2025

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

Para verificar como está a fratura do pé.

L. d. q. 2

Ass.:

Kelly Crystopher Alves

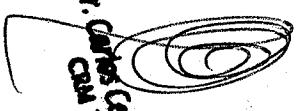
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

Paciente: 110086 - ALICE WAGNER RIES
Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI
Data Exame: 13/05/2025
Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
CONTROLE
40304089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Esquerdo CONTROLE


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 19.145

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
13/05/2025

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ALICE WAGNER RIES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

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
13/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

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

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
13/05/2025	10:20	10:20	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001				1,00	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
59294523934

51 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
10145

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 13/05/2025

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

CONTROLE

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

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda

CNPJ 80.242.746/0001-40

9 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Lanzarin
Nº da Carteira: 3.23.3375
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 20/10/2010

Nº da Guia: 27734

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2025	10:59:00	Ginásio	Treino Handebol

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

Descrição
A aluna estava no treino de vôlei, quando a bola acertou o 4º dedo da mão esquerda, está inchado e doendo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	25/04/2025

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 treino de vôlei, quando a bola acertou o 4º dedo da mão esquerda, está inchado e doendo.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

Bruna Buonatta

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
3233375

5 - Validade da Carteira
12/12/2025

6 - Atendimento a RU
[N]

7 - Nome
AMANDA LANZARIN

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
JOCEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
25/04/2025 14:36

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. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 16570

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Guarabiro neto

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 25/04/2025		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233375		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome AMANDA LANZARIN		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 ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel José Solieri Ortopedista Geral Solicitante CRM/PR 16570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/04/2025	
23 - Indicação Clínica Fratura de base da falange distal do 4º dedo mão E com deformidade em martelo		24 - Qtd. Solic 001	
25 - Código do Procedimento 0030722292		26 - Descrição DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	
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 ORTOPIEDIA	
31 - Código CNES 00000000			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	
34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 25/04/2025		37 - Hora Inicial 15:11	
38 - Hora Final 15:11		39 - Tabala 22	
40 - Código do Procedimento 0030722292		41 - Descrição DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	
42 - Qtd 001		43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red.Aj.escse 46 - Valor Unitário (R\$) 159,32	
47 - Valor Total (R\$) 159,32		48 - Seq Ref 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
52 - Conselho Profissional 53 - Nome do Contratado 54 - Nome do Contratado 55 - Nome do Contratado 56 - Nome do Contratado 57 - Nome do Contratado 58 - Nome do Contratado 59 - Nome do Contratado 60 - Nome do Contratado 61 - Nome do Contratado 62 - Nome do Contratado 63 - Nome do Contratado 64 - Nome do Contratado 65 - Nome do Contratado 66 - Nome do Contratado 67 - Nome do Contratado 68 - Nome do Contratado 69 - Nome do Contratado 70 - Nome do Contratado 71 - Nome do Contratado 72 - Nome do Contratado 73 - Nome do Contratado 74 - Nome do Contratado 75 - Nome do Contratado 76 - Nome do Contratado 77 - Nome do Contratado 78 - Nome do Contratado 79 - Nome do Contratado 80 - Nome do Contratado 81 - Nome do Contratado 82 - Nome do Contratado 83 - Nome do Contratado 84 - Nome do Contratado 85 - Nome do Contratado 86 - Nome do Contratado 87 - Nome do Contratado 88 - Nome do Contratado 89 - Nome do Contratado 90 - Nome do Contratado 91 - Nome do Contratado 92 - Nome do Contratado 93 - Nome do Contratado 94 - Nome do Contratado 95 - Nome do Contratado 96 - Nome do Contratado 97 - Nome do Contratado 98 - Nome do Contratado 99 - Nome do Contratado 100 - Nome do Contratado			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa Fratura de base da falange distal do 4º dedo mão E com deformidade em martelo - TTO conservador			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 159,32		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPIME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 159,32		66 - Assinatura do Contratado	

ADVENTISTA

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



1 - Registro ANS
0000000

2 - Número da Guia Referenciada

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

5 - Código CNES
2686988

Despesas Realizadas															
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - Nº Autorização de Funcionamento	20 - Descrição	21 - Total de Gases
01	25/04/2025	15:11	a	15:11	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24				
02	25/04/2025	15:11	a	15:11	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90				
03	25/04/2025	15:11	a	15:11	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41				
04	25/04/2025	15:11	a	15:11	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19				
05	25/04/2025	15:11	a	15:11	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18				
06	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS														
07	a														
08	a														
09	a														
10	a														

Paciente: 26062 - AMANDA LANZARIN

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 25/04/2025

Data de Emissão: 28/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

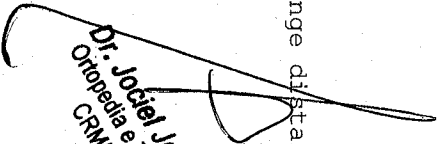
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+ p 2. Inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - 4º dedo - Fratura de base da falange distal do 4º dedo

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 25/04/2025	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3233375	9 - Validade da Carteira 12/12/2025
10 - Nome AMANDA LANZARIN	
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 JOCEL JOSE SOLIERI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 16570	18 - UF .PR
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia CNPJ 80.242.746/0001-40 Carter 16570

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Carter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/04/2025
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	27 - Qrde. Selo 001	28 - Qrde. 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 0000000	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 25/04/2025	37 - Hora Inicial 14:46
38 - Hora Final 14:46	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS
42 - Qrde 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00
47 - Valor Total (R\$) 48,00	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 25/04/2025	37 - Hora Inicial 14:46
38 - Hora Final 14:46	39 - Tabela 22
40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS
42 - Qrde 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrec. 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 69690469972	51 - Nome do Profissional JOCEL JOSE SOLIERI
52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 16570
54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 25/04/2025	3 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de 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.001

Aluno: Amanda Lanzarin
Nº da Carteira: 3.23.3375
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 20/10/2010

Nº da Guia: 27734.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/05/2025	11:55:43	Ginásio	Treino Handebol

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

Descrição
A aluna estava no treino de vôlei, quando a bola acertou o 4º dedo da mão esquerda, está inchado e doendo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	25/04/2025

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 para avaliação.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

Bruna Paronatto

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

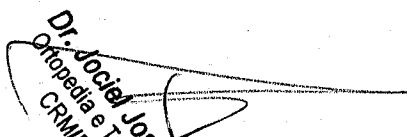
Paciente: 26062 - AMANDA LANZARIN
Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI
Data Exame: 06/05/2025
Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - 4º dedo
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 06/05/2025		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233375		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome AMANDA LANZARIN		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 06/05/2025	
23 - Indicação Clínica		27 - Cidade Ortografia e Traumatologia CRMPR-16570	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTÍLOS	
28 - Cidade, Aut. 001		29 - Assinatura do Contratado	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
31 - Código CNES 00000000		32 - Assinatura do Contratado	
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 06/05/2025		37 - Hora Inicial 08:40	
38 - Hora Final a		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTÍLOS	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 48,00		45 - Fator Red.Acresc. 48,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 69680469972		51 - Nome do Profissional JOCIEL JOSE SOLIERI	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 06/05/2025		3 1/1	
2 1/1		4 1/1	
5 1/1		6 1/1	
7 1/1		8 1/1	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00			
62 - Total de OPME (R\$) 0,00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00			
65 - Total Geral (R\$) 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Aysla Rafaelly Duarte Silva
Nº da Carteirinha: 3.23.5103
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 08/01/2015

Nº da Guia: 25782

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2025	08:59:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava jogando basquete na aula de educação física quando ao arremessar a bola bateu no aro e voltou na mão esquerda no 3º e 4º dedo, ela relata que está sentindo bastante dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	28/03/2025

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
Aluna estava jogando basquete na aula de educação física quando ao arremessar a bola bateu no aro e voltou na mão esquerda no 3º e 4º dedo, ela relata que 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:

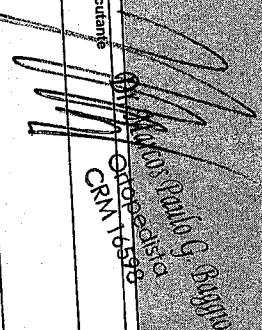
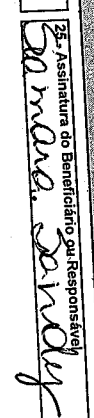
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 25782	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome AYSILA RAEFELLY DUARTE SILVA	
26 - Nome Social	
Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.
11 - Código CNES 2686988	12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 18598
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	18 - Data do Atendimento 28/03/2025 10:13
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  MARCOS PAULO BAGGIO CRM 16598	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  Samara Sany	

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 28/03/2025		5 - Senha		8 - Nome do Beneficiário		9 - Nome Social	
8 - Número da Carteira 25782		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		12 - Atendimento a RM	
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		16 - Conselho Profissional 06		18 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		17 - Número no Conselho 16598		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/03/2025		23 - Indicação Clínica Entorse do 3º e 4º QDE		27 - Cide, Solis, Ortopedista - Cide, Aut. 001 CRM 16598	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Cide, Solis, Ortopedista - Cide, Aut.	
1 22		0030711010		IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		001	
2 22		0030711010		IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		001	
3							
4							
5							
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		31 - Código CNEB 2686988			
29 - Código na Operadora 80242746000140		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		39 - Hora Inicial		40 - Hora Final	
1 28/03/2025		10:42		a		10:42	
2 28/03/2025		10:42		a		10:42	
3				a			
4				a			
5				a			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		56 - Assinatura do Contratado		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
59 - Data de Realização de Procedimentos em Série		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		62 - Total de OPIE (R\$)	
1 1		3		1		7	
2 1		4		1		8	
3							
4							
5							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	
70 - Total de Procedimentos (R\$)		71 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		72 - Total de OPIE (R\$)		73 - Total de Medicamentos (R\$)	
28,28		0,00		0,00		0,00	
74 - Total de Gastos Medicinais (R\$)		75 - Total de Gastos Médicos (R\$)		76 - Total de Gastos com Medicamentos (R\$)		77 - Total de Gastos com Exames (R\$)	
28,28		0,00		0,00		0,00	
78 - Assinatura do Responsável pela Autorização		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Contratado		81 - Assinatura do Profissional Solicitante	
82 - Assinatura do Responsável pela Autorização		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Contratado		85 - Assinatura do Profissional Solicitante	
86 - Assinatura do Responsável pela Autorização		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Profissional Solicitante	
90 - Assinatura do Responsável pela Autorização		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Contratado		93 - Assinatura do Profissional Solicitante	
94 - Assinatura do Responsável pela Autorização		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Profissional Solicitante	
98 - Assinatura do Responsável pela Autorização		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Contratado		101 - Assinatura do Profissional Solicitante	
102 - Assinatura do Responsável pela Autorização		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Assinatura do Contratado		105 - Assinatura do Profissional Solicitante	
106 - Assinatura do Responsável pela Autorização		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Contratado		109 - Assinatura do Profissional Solicitante	
110 - Assinatura do Responsável pela Autorização		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Contratado		113 - Assinatura do Profissional Solicitante	
114 - Assinatura do Responsável pela Autorização		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Contratado		117 - Assinatura do Profissional Solicitante	
118 - Assinatura do Responsável pela Autorização		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Assinatura do Contratado		121 - Assinatura do Profissional Solicitante	
122 - Assinatura do Responsável pela Autorização		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Assinatura do Contratado		125 - Assinatura do Profissional Solicitante	
126 - Assinatura do Responsável pela Autorização		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Assinatura do Contratado		129 - Assinatura do Profissional Solicitante	
130 - Assinatura do Responsável pela Autorização		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Assinatura do Contratado		133 - Assinatura do Profissional Solicitante	
134 - Assinatura do Responsável pela Autorização		135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Assinatura do Contratado		137 - Assinatura do Profissional Solicitante	
138 - Assinatura do Responsável pela Autorização		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		140 - Assinatura do Contratado		141 - Assinatura do Profissional Solicitante	
142 - Assinatura do Responsável pela Autorização		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Assinatura do Contratado		145 - Assinatura do Profissional Solicitante	
146 - Assinatura do Responsável pela Autorização		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Contratado		149 - Assinatura do Profissional Solicitante	
150 - Assinatura do Responsável pela Autorização		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		152 - Assinatura do Contratado		153 - Assinatura do Profissional Solicitante	
154 - Assinatura do Responsável pela Autorização		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		156 - Assinatura do Contratado		157 - Assinatura do Profissional Solicitante	
158 - Assinatura do Responsável pela Autorização		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Contratado		161 - Assinatura do Profissional Solicitante	
162 - Assinatura do Responsável pela Autorização		163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		164 - Assinatura do Contratado		165 - Assinatura do Profissional Solicitante	
166 - Assinatura do Responsável pela Autorização		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168			

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



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

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

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

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./ Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$			
01	03	17 - Registro ANVISA do Material	10:42	a	10:42	19	70034664	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8													
02	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70034664		2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8													
03	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70034389		2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m													
04	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70034389		2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m													
05	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70861919		1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25													
06	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70861919		1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25													
07	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70859205		1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)													
08	03	28/03/2025	10:42	a	10:42	19	70859205		1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)													
09	07	28/03/2025	10:42	a	10:42	18	60000465		2,00	36	1	23,18	46,36
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS													
10				a									
20 - Descrição													
21 - Total de Gases 0,00													
22 - Total de Medicamentos 0,00													
23 - Total de Materiais (R\$) 127,48													
24 - Total de OPIE (R\$) 0,00													
25 - Total de Taxas e Aluguéis 46,36													
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00													
27 - Total Geral (R\$) 173,84													

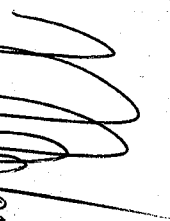
Paciente: 112020 - AYSILA RAFAELLY DUARTE SILVA
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 28/03/2025
Data de Emissão: 28/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

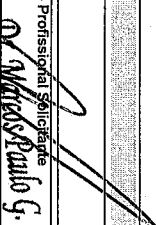
LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
Lado(s): Esquerdo
sem alt


Dr. Marcos Paulo Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 28/03/2025	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

Dados do Beneficiário		89 - Nome Social	12 - Atendimento a RM [N]
8 - Número da Carteira 25782	9 - Validade da Carteira	10 - Nome AYSIA RAFAELLY DUARTE SILVA	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
13 - Código na Operadora 80242746000140			

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  Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598
--	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
21 - Carter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/03/2025	23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 0040803120	26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
2			
3			
4			
5			

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 2686988
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	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
----------------------	--	--------------------------------	--	-----------------------	--	----------------------------------	------------------------

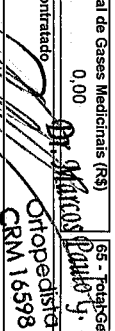
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
1	28/03/2025	36 - Data	37 - Hora Inicial 10:25	38 - Hora Final a 10:25	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040803120	41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	42 - Qtd 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	47 - Valor Total (R\$) 48,00
2										
3										
4										
5										

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1	28/03/2025		3	4	5	6	7	8	9	10
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

58 - Observação / Justificativa

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  Xaamane	68 - Assinatura do Contratado  Ortopedista CRM 16598
---	--	--	---

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuel de Castro D' Aquino Lopes
Nº da Carteira: 3.23.3922
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 25/01/2014

Nº da Guia: 25295

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/03/2025	09:27:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava jogando bola como voley de mesa e a mão escapou batendo com força contra a mesa. Foi colocado gelo no local.

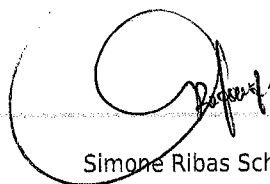
Testemunha da ocorrência	Telefone
Kennedy	(42) 3026-3900

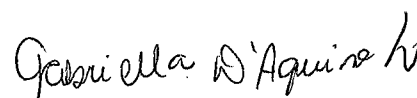
Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Kennedy	18/03/2025

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
Chamado o pai, pois o aluno se queixa de dor, apesar de conseguir abrir e fechar a mão, indicado levar até a Clínica caso precise de exame Raio X, e consulta.

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
3233922

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RM
[N]

7 - Nome

EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

MARCOS PAULO BAGGIO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16598

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

18/03/2025 10:23

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

Marcos Paulo Baggio
CPF: 16598

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Emmanuel de Castro Daquino Lopes

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 18/03/2025	8 - Nome do Beneficiário 3233922	9 - Validade da Carteira 10 - Nome EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		16 - Conselho Profissional 06		
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/03/2025		
23 - Indicação Clínica Entorse dedos da mão D		17 - Número no Conselho 16598		
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 0030711010		
26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		18 - UF PR		
27 - Qtd. Solic. 001		19 - Código CBO 226270		
28 - Qtd. Aut.		20 - Assinatura do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO CRM 16598 - F078296		
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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 3
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento 01		
37 - Saúde Ocupacional		38 - Tipo de Atendimento 01		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 18/03/2025	37 - Hora Inicial 10:59	38 - Hora Final 10:59	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010
41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				
42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1,00	45 - Fator Red./Acresc. 14,14	46 - Valor Unitário (R\$) 14,14
47 - Valor Total (R\$) 14,14				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref. 49	49 - Grau Part. 50	50 - Código na Operadora/CPF 51	51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional				
53 - Número no Conselho				
54 - Código CBO				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / / -	2 - / / -	3 - / / -	4 - / / -	5 - / / -
6 - / / -	7 - / / -	8 - / / -	9 - / / -	10 - / / -
58 - Observação / Justificativa Não conservador				
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 OPME (R\$) 0,00				
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00				
64 - Total de Gastos Médicos (R\$) CRM 16598 - F078296 0,00				
65 - Total Geral (R\$) 14,14				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável MARCOS PAULO BAGGIO				
68 - Assinatura do Contratado				

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

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



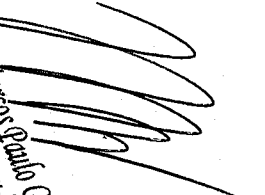
21 - Total de Gases	0,00
22 - Total de Medicamentos	0,00
23 - Total de Materiais (R\$)	63,74
24 - Total de OPME (R\$)	0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis	23,18
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00
27 - Total Geral (R\$)	86,92

Paciente: 70008 - EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 18/03/2025
Data de Emissão: 28/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
sem alt


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 18/03/2025		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3233922		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome EMANUEL DE CASTRO DAQUINO LOPES		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO Ortopedista CRM 16598	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 18/03/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MAO OU QUIRODACTILOS		27 - Cide, Solic 001	
28 - Cide, Aut.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Regime de Atendimento 01		37 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
38 - Data 18/03/2025		39 - Hora Inicial 10:39	
40 - Hora Final 10:59		41 - Tabela 22	
42 - Código do Procedimento 0040803120		43 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
44 - Cide 001		45 - Via 1.00	
46 - Fator Red./Acresc. 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 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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/03/2025			
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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável MARCOS PAULO BAGGIO Ortopedista CRM 16598	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Gabriel Claro Borato
Nº da Carteira: 3.23.4836
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 20/11/2009

Nº da Guia: 27266.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/04/2025	10:44:02	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Calu em cima do braço	Antebraço Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futsal na aula de educação física, quando bateu de frente com outro aluno e acabou caindo por cima do braço esquerdo, está sentindo muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	10/04/2025

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, para avaliação.

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

22/04/2025

Paciente: 108780 - GABRIEL CLARO BORATO

Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Médico Solicit: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Data Exame: 22/04/2025

Data de Emissão: 23/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO

Lado(s): Esquerdo

controle de consolidação fratura --mantem eixo


Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
22/04/2025

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
19026

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIEL CLARO BORATO

11 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
2919

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM 2919

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
22/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
0040803104

26 - Descrição
ANTEBRAÇO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CNES
2686988

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 22/04/2025

39 - Hora Inicial
13:29

40 - Hora Final
13:29

41 - Código do Procedimento
0040803104

42 - Descrição
ANTEBRAÇO

43 - Qtd.
001

44 - Via

45 - Tec.

46 - Fator Red./Acresc.
1,00

47 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

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

49 - Seq. Ref
1

50 - Grau Part
12

51 - Código na Operadora/CPF
14205882904

52 - Nome do Profissional
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

53 - Conselho Profissional
06

54 - Número no Conselho
2919

55 - UF
41

56 - Código CBO
225270

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

1 22/04/2025

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.003

Aluno: Gabriel Claro Borato
Nº da Carteira: 3.23.4836
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 20/11/2009

Nº da Guia: 27266.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/04/2025	09:39:44	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Caiu em cima do braço

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando futsal na aula de educação física, quando bateu de frente com outro aluno e acabou caindo por cima do braço esquerdo, está sentindo muita dor.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo Dubiel

Telefone

42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Crystopher Alves

Data

10/04/2025

Local de atendimento

Cpfo - Clínica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedia

Endereço

Rua Balduino Taques

Nº

159
9

Bairro

Contorno

Telefone

(42) 3225-2252
(42) 3026-1522

Motivo do Retorno

Atendimento médico para retirar o gesso.

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

Digitalizado com CamScanner

30/04/2025

João AP e Claro

Paciente: 108780 - GABRIEL CLARO BORATO

Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Data Exame: 30/04/2025

Data de Emissão: 02/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIÓLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803104 - ANTEBRAÇO

Lado(s): Esquerdo controld--consolidado

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

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 30/04/2025		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				89 - Nome Social			
8 - Número da Carteira 19026		9 - Validade da Carteira		10 - Nome GABRIEL CLARO BORATO		12 - Atendimento a RM [N]	
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA					
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 2919		18 - UF PR	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 30/04/2025		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803104		26 - Descrição ANTEBRACO		28 - Qtd. Aut. 001	
2							
3							
4							
5							
Dados do Contratado/Executante				30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		31 - Código CNES 2686988	
29 - Código na Operadora 80242746000140							
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 - Hora Inicial 13:26		39 - Hora Final 13:26	
36 - Data 30/04/2025		37 - Hora Inicial 13:26		38 - Hora Final 13:26		39 - Tabela 22	
						40 - Código do Procedimento 0040803104	
						41 - Descrição ANTEBRACO	
						42 - Qtd 001	
						43 - Via 1,00	
						44 - Tec. 48,00	
						45 - Fator Red./Acresc. 48,00	
						46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
						47 - Valor Total (R\$) 48,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
				50 - Código na Operadora/CPF 1420582904		51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	
						52 - Conselho Profissional 06	
						53 - Número no Conselho 2919	
						54 - UF 41	
						55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1 30/04/2025				3 1/1		5 1/1	
2 1/1				4 1/1		6 1/1	
						7 1/1	
						8 1/1	
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00				60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	
62 - Total de OPME (R\$) 0,00				63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Casos 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 GABRIEL CLARO	

9 pontagrossense de
clínica, ortopedias Ltda
FRATURAS e ORTOPIEDIAS 40
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Ferreira Schilder
Nº da Carteira: 3.23.3240
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 30/06/2012

Nº da Guia: 28247

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2025	10:46:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
O aluno estava jogando vôlei no intervalo quando a bola bateu com muita força no 4º dedo da mão esquerda.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	13/05/2025

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 no intervalo quando a bola bateu com muita força no 4º dedo da mão esquerda.

Ass.: Kelly Crystopher Alves
Kelly Crystopher Alves

Christiane Schilder
X

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

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

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

7 - Nome HEITOR FERREIRA SCHILDER	
26 - Nome Social	

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.
11 - Código CNEs 2686988	
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	13 - Conselho Profissional 6
14 - Número no Conselho 10145	15 - UF PR
16 - Código CBO 225270	

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial
18 - Data do Atendimento 13/06/2025 16:12	19 - Tipo de Consulta 1
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	

23 - Observação / Justificativa	
[Redacted]	

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
4 - Data da Autorização 13/05/2025	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	HETTOR FERREIRA SCHILDER
89 - Nome Social	
11 - Atendimento a RN	☒ N

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

Dr. Carlos César Wozniak
CRM 16.145

15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 101/45	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 13/05/2025	23 - Indicação Clínica CONTUSÃO IFP DO 4º DEDO MÃO ESQUERDO NECESSITA IMOBILIZAÇÃO			
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut. -

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES
80242746000140	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		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
04	9	3	
91 - Regime de Atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
01			

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\$)
13/05/2025	16:48	2	22	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1,00	14,14	14,14
2		2									
3		2									
4		2									
5		2									

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

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

095501500001
000000000000
000000000000
BO

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

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

Dr. Carlos Garcia Morfina

58-Observação/Justificativa:
CONTUSÃO I.P.P. DO ADEDO MÃO ESQUERDO NECESSITA IMOBILIZAÇÃO

59 - 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\$)
14,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,14

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADVENTISTA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPS/ADT e Resumo de Internação)



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

Dados do Contratado Execitante

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

5 - Código CNES 2686988

Despesas Realizadas

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	03	13/05/2025	16:48	a	16:48	19			70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição	ATADURA ALGODAO 10X1,8													
02	03	13/05/2025	16:48	a	16:48	19			70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição	ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m													
03	03	13/05/2025	16:48	a	16:48	19			70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição	MALHA TUBULAR 06X25													
04	03	13/05/2025	16:48	a	16:48	19			70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição	FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)													
05	07	13/05/2025	16:48	a	16:48	18			60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS													
06				a										
20 - Descrição														
07				a										
20 - Descrição														
08				a										
20 - Descrição														
09				a										
20 - Descrição														
10				a										
20 - Descrição														

Paciente: 112582 - HETTOR FERREIRA SCHILDER

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 13/05/2025

Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS
lado(s): Esquerdo AUMENTO VOLUME PARTES MOLES


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 19.145

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
13/05/2025

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

HEITOR FERREIRA SCHILDER

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
8024274600014014 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI16 - Conselho Profissional
0617 - Número no Conselho
1014518 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
122 - Data da Solicitação
13/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
004080312026 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS27 - Qtd. Solic
001

28 - Qtd. Atc

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
8024274600014030 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
2333 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
0191 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

1 13/05/2025 16:33 a 16:33 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\$)
22 0040803120 MÃO OU QUIRODACTILOS 001 1,00 48,00 48,00

2 a

a

3 a

a

4 a

a

5 a

a

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

48 - Seq./Ref 49 - Grau Part 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 59294523934 CARLOS CEZAR WOZNIAKI52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 10145 41 225270

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

1 13/05/2025 3 13/05/2025 5 13/05/2025 7 13/05/2025 9 13/05/2025 11 13/05/2025 13 13/05/2025 15 13/05/2025 17 13/05/2025 19 13/05/2025 21 13/05/2025 23 13/05/2025 25 13/05/2025 27 13/05/2025 29 13/05/2025 31 13/05/2025 33 13/05/2025 35 13/05/2025 37 13/05/2025 39 13/05/2025 41 13/05/2025 43 13/05/2025 45 13/05/2025 47 13/05/2025 49 13/05/2025 51 13/05/2025 53 13/05/2025 55 13/05/2025 57 13/05/2025 59 13/05/2025 61 13/05/2025 63 13/05/2025 65 13/05/2025 67 13/05/2025 69 13/05/2025 71 13/05/2025 73 13/05/2025 75 13/05/2025 77 13/05/2025 79 13/05/2025 81 13/05/2025 83 13/05/2025 85 13/05/2025 87 13/05/2025 89 13/05/2025 91 13/05/2025 93 13/05/2025 95 13/05/2025 97 13/05/2025 99 13/05/2025
2 13/05/2025 4 13/05/2025 6 13/05/2025 8 13/05/2025 10 13/05/2025 12 13/05/2025 14 13/05/2025 16 13/05/2025 18 13/05/2025 20 13/05/2025 22 13/05/2025 24 13/05/2025 26 13/05/2025 28 13/05/2025 30 13/05/2025 32 13/05/2025 34 13/05/2025 36 13/05/2025 38 13/05/2025 40 13/05/2025 42 13/05/2025 44 13/05/2025 46 13/05/2025 48 13/05/2025 50 13/05/2025 52 13/05/2025 54 13/05/2025 56 13/05/2025 58 13/05/2025 60 13/05/2025 62 13/05/2025 64 13/05/2025 66 13/05/2025 68 13/05/2025 70 13/05/2025 72 13/05/2025 74 13/05/2025 76 13/05/2025 78 13/05/2025 80 13/05/2025 82 13/05/2025 84 13/05/2025 86 13/05/2025 88 13/05/2025 90 13/05/2025 92 13/05/2025 94 13/05/2025 96 13/05/2025 98 13/05/2025 100 13/05/2025

58 - Observação / Justificativa

TRAUMA NO 4º DEDO MÃO ESQUERDA

59 - Total de Procedimentos (R\$)
48,0060 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,0061 - Total de Materiais (R\$)
0,0062 - Total de OPMs (R\$)
0,0063 - Total de Medicamentos (R\$)
0,0064 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,0065 - Total Geral (R\$)
48,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Heitor Ferreira Schilder

Dr. Carlos Cesar Wozniak

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia Gonçalves
Nº da Carteirinha: 3.23.4609
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 19/06/2008

Nº da Guia: 27906

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/04/2025	12:09:00	Ginásio	Aula de vôlei

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A aluna estava jogando Vôlei, quando subiu para bloquear e na descida torceu o pé direito, está inchado e com bastante dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	30/04/2025

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

Observações
A aluna estava jogando Vôlei, quando subiu para bloquear e na descida torceu o pé direito, está inchado e com 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

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RH
[N]

7 - Nome
JULIA GONCALVES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
0

12 - Nome do Profissional Executante
JOCEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
16570

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
30/04/2025 16:32

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. Joziel José Solieri
Ortopede e Traumatologia
CRM/PR 16570

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 30/04/2025		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome JULIA GONCALVES		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RM [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCEIL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Jociel Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM 10570	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 30/04/2025	
23 - Indicação Clínica Lesão ligamentar em tornozelo D - TTO conservador			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0030728134	
26 - Descrição LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO.		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	
Dados do Atendimento			
31 - Código CNES 00000000			
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 3		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01	
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 30/04/2025		37 - Hora Inicial 17:17	
38 - Hora Final 17:17		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0030728134		41 - Descrição LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO.	
42 - Qtd 001		43 - Via 1,00	
44 - Tec. 124,63		45 - Fator Red./Aprec. 124,63	
46 - Valor Unitário (R\$) 124,63		47 - Valor Total (R\$) 124,63	
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 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação/Justificativa Lesão ligamentar em tornozelo D - TTO conservador			
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 OPM (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Médicinas (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	

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 00.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

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

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

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

5 - Codigo 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./Acrésc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
03		17 - Registro ANVISA do Material	17:17	17:17	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
01		30/04/2025		a							

[illegible]

Paciente: 50382 - JULIA GONCALVES
Médico: 16570 - JOCIEL JOSÉ SOLIERI
Médico Solicit.: JOCIEL JOSÉ SOLIERI
Data Exame: 30/04/2025
Data de Emissão: 02/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:
Entorse de tornozelo D com dor ligamentar
40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA
Lado(s): Direito



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

ADVENTISTA

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

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 30/04/2025		5 - Senha		8 - Nome Social		12 - Atendimento a RN [N]																					
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira				10 - Nome JULIA GONCALVES																			
8 - Número da Carteira																											
Dados do Solicitante																											
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16570		18 - UF PR		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante															
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI																											
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																											
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 30/04/2025		23 - Indicação Clínica																							
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804089		26 - Descrição TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA																							
1		2		3		4		5																			
Dados do Contratado Executante												31 - Código CNES 00000000															
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA																									
Dados do Atendimento				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													
32 - Tipo de Atendimento 23																											
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												42 - Qtd 001		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red.Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
1		30/04/2025		16:53		a		22		0040804089		TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA															
2						a																					
3						a																					
4						a																					
5						a																					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16570		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270									
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional																					
1		12		69680469972		JOCIEL JOSE SOLIERI																					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												5		7													
1		30/04/2025				3		4		6		8															
2		1				4		1		6		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															

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

Dr. Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 128138/PR aut.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lucas Pilar Ribas de Sousa Monteiro
Nº da Carteira: 3.23.4653
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa

Data de Nascimento: 24/10/2012

Nº da Guia: 27488

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/04/2025	16:14:00	Refeitório	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Glúteos

Descrição
O aluno relatou que estava jogando tênis de mesa e ao se deslocar de um lado para o outro, não percebeu a placa de piso molhado, escorregou e bateu o bumbum no chão, machucando o coccix.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(42) 3026-3900

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Hellen	16/04/2025

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
Mãe foi avisada, e vem buscar o aluno para tirar um Raio-X.

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 0000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------	---

Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 27488	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	

7 - Nome LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO
26 - Nome Social

Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	11 - Código CNES 0	
12 - Nome do Profissional Executante JOCEL JOSE SOLIERI	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 16570	
15 - UF PR	16 - Código CBO 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 16/04/2025 17:01	19 - Tipo de Consulta 4	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
		22 - Valor do Procedimento 155,00	

23 - Observação / Justificativa
Dr. Joçel José Solieri Ortopedia Traumatologia CRM-PR 16570

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

Paciente: 102719 - LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 16/04/2025

Data de Emissão: 17/04/2025

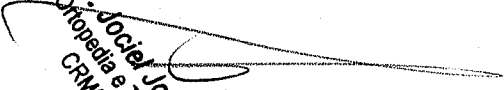
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Coluna lombo sacra ap+po 3 inc

LAUDO DO EXAME:

40802051 - COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC - sem lesão óssea aparente
40802078 - SACRO-COCCIX 2 INC


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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 16/04/2025		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
		7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 27488		9 - Validade da Carteira	
		10 - Nome LUCAS PILAR RIBAS DE SOUZA MONTEIRO	
		89 - Nome Social	
		12 - Atendimento a RN [N]	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06	
		17 - Número no Conselho 16570	
		18 - UF PR	
		19 - Código CBO	
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/04/2025	
		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela			
1	22	25 - Código do Procedimento 0040802051	26 - Descrição COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC
2	22	0040802078	SACRO-COCCIX 2 INC
3			
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSSENSE 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	
		91 - Regime de Atendimento 01	
		92 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 16/04/2025		37 - Hora Inicial 17:06	38 - Hora Final 17:06
		39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040802051
			COLUNA LOMBAR E LOMBO-SACRA 3 INC
2		16/04/2025	17:06
		a	17:06
		22	0040802078
			SACRO-COCCIX 2 INC
3			a
4			a
5			a
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel 1		49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 668680469972
			JOCIEL JOSE SOLIERI
2		12	668680469972
			JOCIEL JOSE SOLIERI
			52 - Conselho Profissional 06
			54 - UF 41
			55 - Código CBO 228270
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1		16/04/2025	3
2		16/04/2025	4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 136,00			
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\$) 136,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

27 - Qtd. Solic.
001
Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 16570

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Natã Christyan Ramos de Souza da Luz
Nº da Carteira: 3.23.4945
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 12/08/2017

Nº da Guia: 28273

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2025	16:00:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando queimada na aula de educação física quando foi tentar pegar a bola acabou torcendo o 5º dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professor Elisângela

42 9964-7794

Quem prestou primeiros socorros

Data

Kelly Crystopher Alves

13/05/2025

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

Observações

O aluno estava jogando queimada na aula de educação física quando foi tentar pegar a bola acabou torcendo o 5º 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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
4 - Número da Carteira 28273		5 - Validade da Carteira	
		6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome NATA CHRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora 000001		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia LTDA.	
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		13 - Conselho Profissional 6	
		14 - Número no Conselho 10145	
15 - UF PR		16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial 01	
18 - Data do Atendimento 13/05/2025 16:57		19 - Tipo de Consulta 1	
		20 - Tabala 22	
		21 - Código do Procedimento 0010101012	
		22 - Valor do Procedimento 155,00	
23 - Observação / Justificativa 01 Carlos Cezar Wozniaki CRM 10.145			
24 - Assinatura do Profissional Executante		25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Spuzda	

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
13/05/2025

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
28273

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
NATA CHRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RV
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
8024274600040

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UFRJ
06

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assinados Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
13/05/2025

23 - Indicação Clínica
DESCOLAMENTO EPIFISEPROXIMAL FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO MÃO ESQUERDA NECESSITA TALA GESSADA

24 - Tabela
25 - Código Procedimento
0002722403

26 - Descrição
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - REDUÇÃO IN

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado/Executante

29 - Código na Operadora
8024274600040

30 - Nome do Contratado/Executante
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2689888

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Data de Atendimento
13/05/2025

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
13/05/2025

37 - Hora Inicial
17:31

38 - Hora Final
17:31

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030722403

41 - Descrição
FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - REDUÇÃO IN

42 - Qtd.
001

43 - Via
1,00

44 - Tec.
42,40

45 - Fator Red./Acresc.
42,40

46 - Valor Unitário (R\$)
42,40

47 - Valor Total (R\$)
42,40

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 - 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

59 - Total de Procedimentos (R\$)
42,40

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\$)
42,40

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.246/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

PONTA GROSSA, 13 de maio de 2025

CARLOS CEZAR WOZNIAKI CRM 0145 PR

Dr. Carlos Cezar Wozniak
CRM 0145 PR

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
NATA CHRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ

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

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

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

3 - Código na Operadora 000001	4 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA	5 - Código CINES 2666998
-----------------------------------	---	-----------------------------

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$	17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - N° Autorização de Funcionamento	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\$)					
03	13/05/2025	17:31	17:31	19	70034634	2,00	36	1	9,12	18,24																
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8																										
03	13/05/2025	17:31	17:31	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90																
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m																										
03	13/05/2025	17:31	17:31	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41																
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25																										
03	13/05/2025	17:31	17:31	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19																
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 18X50 (25 cm)																										
07	13/05/2025	17:31	17:31	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18																
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										
20 - Descrição																										
a																										

Paciente: 112584 - NATA CHRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 14/05/2025

Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS
Lado(s): Esquerdo descolamento epifisario base falange proximal 5 dedo mão
ess


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 18.145

**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 13/05/2025	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 28273	9 - Validade da Carteira
10 - Nome NATA CHRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ	
89 - 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 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 10145	18 - UF PR	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	---	---	----------------------	-----------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	13/05/2025	
		
	27 - Onde Solic.	28 - Onde Aut.

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Valor
22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001
1			
2			
3			
4			
5			

Dados do Contratado Excitante	
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

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	59294523934	CARLOS CEZAR WOZNIAKI		06	41	225270

	Clinica Pontagrossense de
	Fraturas e Ortopedias Ltda
	CNPJ 80.242.746/0001-40
	JURAMENTO CONTAS MEDICAS
	FAI O J.
56 - Data de Realização do Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 13/05/2025;	3 _/_/_
2 _/_/_	4 _/_/_
	5 _/_/_
	6 _/_/_
	7 _/_/_
	8 _/_/_

58-Observeação / Justificativa
TRAUMA NO DEDO MÃO ESQUERDA

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Fialho da Silva
Nº da Carteirinha: 3.23.5307
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 08/08/2012

Nº da Guia: 28248

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2025	10:51:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando futebol na área verde quando torceu o pé esquerdo, está com dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Daniele	41 9721-5766

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	13/05/2025

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

Observações
O aluno estava jogando futebol na área verde quando torceu o pé esquerdo, está com 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

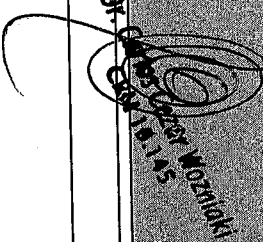
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

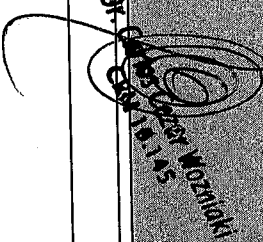
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 28248	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	

7 - Nome PEDRO HENRIQUE FIALHO DA SILVA	
26 - Nome Social	

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
11 - Código CNES 2686988	12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 10145
15 - UF PR	16 - Código CBO 225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial
18 - Data do Atendimento 13/05/2025 14:48	19 - Tipo de Consulta 1
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	
 CARLOS CEZAR WOZNIAKI	

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 13/05/2025	5 - Sentia
6 - Data de Validade da Sentia	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 28248	9 - Validade da Carteira
10 - Nome PEDRO HENRIQUE FILHO DA SILVA	
89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RM	

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI	
16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 10145	
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 13/05/2025
23 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO ESQUERDO NECESSITA IMOBILIZAÇÃO	

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030728134	26 - Descrição LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	27 - Qtd. Solic 001	28 - Qtd. Aut.
3				
4				
5				

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data 13/05/2025	37 - Hora Inicial 15:26	38 - Hora Final 15:26	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030728134	41 - Descrição LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO -	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red.Acresc 1,00	46 - Valor Red.Acresc	47 - Valor Unitário (R\$) 124,63	48 - Valor Total (R\$) 124,63
2												
3												
4												
5												

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
49 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional						
52 - Conselho Profissional									
53 - Conselho Profissional									

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ nº 22.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

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

58 - Observação / Justificativa LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO ESQUERDO NECESSITA IMOBILIZAÇÃO									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 Pedro Henrique Filho	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

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

Dados do Contratado Executante

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

Despesas Realizadas

5 - Código CNES
2686988

2000988														
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 13/05/2025	15:26	15:26	19	70034684	2,00	36	1	9,12	18,24				
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8														
02	03	13/05/2025	15:26	a	15:26	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41		
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25														
03	03	13/05/2025	15:26	a	15:26	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19		
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)														
04	03	13/05/2025	15:26	a	15:26	19	70848645	2,00	36	1	0,57	1,14		
20 - Descrição LUVAS PROCEDIMENTO G														
05	03	13/05/2025	15:26	a	15:26	19	70034141	2,00	36	1	15,29	30,58		
20 - Descrição ATADURA CREPE 15X1,8														
06	07	13/05/2025	15:26	a	15:26	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: 112578 - PEDRO HENRIQUE FIALHO DA SILVA

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 13/05/2025

Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Tornozelelo aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40804089 - TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

Lado(s): Esquerdo AUMENTO DE VOLUME


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 19.145

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
13/05/2025

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
28248

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
PEDRO HENRIQUE FILHO DA SILVA

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RM
[] N []

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
13/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040804089

26 - Descrição
TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CINES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento
01

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	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\$)
13/05/2025	14:57	a	14:57	22	0040804089	TORNOZELO OU ART. TIBIO TARSICA	001			1,00	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/CPF
59294523934

51 - Nome do Profissional
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
10145

54 - UF
41

55 - Código CBO
225270

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

1 13/05/2025

2

3

4

5

6

7

8

9

10

58 - Observação / Justificativa

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

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

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

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

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

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

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

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

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rakel Schemberger Coelho de Andrade

Nº da Carteirinha: 3.23.4212

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa

Data de Nascimento: 18/03/2010

Nº da Guia: 27210



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2025	11:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição

A aluna estava na aula de educação física jogando handebol, quando caiu e acabou torcendo as costas está sentindo bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	09/04/2025

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 jogando handebol, quando caiu e acabou torcendo as costas 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		5 - Validade da Carteira	
4 - Número da Carteira 12190		6 - Atendimento a RH [N]	
7 - Nome RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ADRADE			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora 0000001		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	
12 - Nome do Profissional Executante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 2819		11 - Código CNES 2686988	
15 - UF PR		16 - Código CBO 228270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial	
18 - Data do Atendimento 09/04/2025 14:35		19 - Tipo de Consulta 4	
20 - Tabela 22		28 - Regime de Atendimento 01	
21 - Código do Procedimento 0010101012		29 - Saúde Ocupacional	
22 - Valor do Procedimento 155,00			
23 - Observação / Justificativa			
24 - Assinatura do Profissional Executante [Assinatura] CRM - 2919			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [Assinatura]			

Paciente: 104311 - RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ANDRADE

Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Data Exame: 09/04/2025

Data de Emissão: 11/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Coluna cervical ap+po 5 inc

LAUDO DO EXAME:

Dor palpação cervical e toracica

Sem sinais de acometimento neurológico

RX

40802027 - COLUNA CERVICAL 5 INC--leve

40802035 - COLUNA DORSAL 2 INC

Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM 2919

1 - Registro AINS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
09/04/2025

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
12190

9 - Validade da Carteira
31/12/2025

10 - Nome
RAKEL SCHEMBERGER COELHO DE ADEADE

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
2919

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Luiz Jacintho Siqueira
Ortopedista
CRM - 2919

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 09/04/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0040802027	26 - Descrição COLUNA CERVICAL 5 INC
2	22	0040802035 COLUNA DORSAL 2 INC
3		
4		
5		

27 - Qtd. Solic
001

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)
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 09/04/2025	37 - Hora Inicial 14:52	38 - Hora Final 14:52	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0040802027	41 - Descrição COLUNA CERVICAL 5 INC	42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec. 001	45 - Fator Red.Acresc. 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 68,00	47 - Valor Total (R\$) 68,00	
2	09/04/2025	14:52	a	14:52	22	0040802035	COLUNA DORSAL 2 INC			1,00	64,00	64,00
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 14205882904	51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	52 - Conselho Profissional 06	53 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	54 - Código CBO 225270
2	12	14205882904	LUIZ JACINTHO SIQUEIRA	06	GNPJ 80.282.746/0001140	225270

FATURAMENTO CONTAS MÉDICAS

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

1	09/04/2025	3	1/1	5	1/1	7	1/1	9	1/1
2	09/04/2025	4	1/1	6	1/1	8	1/1	10	1/1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 132,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPIUE (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 132,00
---	--	---------------------------------------	-----------------------------------	--	---	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Salomão Prestes
Nº da Carteirinha: 3.23.4869
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 11/10/2012

Nº da Guia: 28170

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2025	11:51:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando chutaram e o mesmo foi defender e a bola acabou batendo com muita força no pulso esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	09/05/2025

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

Observações

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando chutaram e o mesmo foi defender e a bola acabou batendo com muita força no pulso 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

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
3234869

5 - Validade da Carteira
12/12/2028

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
SALOMAO PRESTES

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18891

15 - UF
PR

16 - Código CBO
225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
09/05/2025 14:33

19 - Tipo de Consulta
4

20 - Tabela
22

21 - Código do Procedimento
0010101012

22 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
Ortopedista e TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 18891

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 108246 - SALOMAO PRESTES

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 09/05/2025

Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40303112 - PUNHO

Lado(s): Esquerdo

Rx sem alterações.

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 18891

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 09/05/2025		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3234869		9 - Validade da Carteira 12/12/2028	
10 - Nome SALOMAO PRESTES		89 - Nome Social	
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 PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18891		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 09/05/2025	
23 - Indicação Clínica Trauma		24 - Tabela 25 - Descrição PUNHO	
26 - Descrição PUNHO		27 - Código CBO	
28 - Qtd. Aut. 001		29 - Qtd. 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 (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 09/05/2025		37 - Hora Inicial 14:41	
38 - Hora Final 14:41		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	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 27104004807		51 - Nome do Profissional PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 18891	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 09/05/2025		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			
9 Clínica 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 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: Vitor Henrique Holm
Nº da Carteira: 3.23.3622
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 13/12/2014

Nº da Guia: 28180

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2025	15:38:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
O aluno está com muita dor na perna direita, não sabe se bateu ou torceu a perna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	09/05/2025

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 está com muita dor na perna direita, não sabe se bateu ou torceu a perna.

Naquimara B. Mendonça

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
28180

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
[N]

7 - Nome
VITOR HENRIQUE HOLM

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
000001

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

11 - Código CNES
2686988

12 - Nome do Profissional Executante
PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

13 - Conselho Profissional
6

14 - Número no Conselho
18891

15 - UF
PR

16 - Código CBO
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
09/06/2025 17:22

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

Pedro M. S. JACINTHO
DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
CRM 18891

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Isaque Maria de Mendonça

Paciente: 112532 - VITOR HENRIQUE HOLM

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 09/05/2025

Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIÓLOGICOS

EXAME: Bacia ap 1 inc

LAUDO DO EXAME:

Dor a mobilização do quadril D, relata irradiação para MID
40304011 - BACIA / PELVE

Rx sem alterações.


Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 18891

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 09/05/2025		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 28180		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VITOR HENRIQUE HOLM		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RUI [N]			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 18891		18 - UF PR	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 09/05/2025	
23 - Indicação Clínica dor			
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040804011	
26 - Descrição BACIA / PELVE			
27 - Data de Realização 09/05/2025		28 - Cidade, Aut. BACIA	
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 09/05/2025		37 - Hora Inicial 17:47	
38 - Hora Final 17:47		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804011		41 - Descrição BACIA / PELVE	
42 - Qtd 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acrese 64,00	
46 - Valor Unitário (R\$) 64,00		47 - Valor Total (R\$) 64,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CIF 27104004807		51 - Nome do Profissional PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 18891	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 09/05/2025		3 11	
2 11		4 11	
5 11		6 11	
7 11		8 11	
58 - 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 Gases 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			

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

DR. PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 18891

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória Candido Eleuterio

Nº da Carteira: 3.23.3821

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa

Data de Nascimento: 28/02/2014

Nº da Guia: 28120



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2025	10:59:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluna estava na aula de Educação Física quando na movimentação com a bola de basquete acabou torcendo o 3º dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	42 9925-6363

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Crystopher Alves	08/05/2025

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
Aluna estava na aula de Educação Física quando na movimentação com a bola de basquete acabou torcendo o 3º 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

Impresso por: Kelly Crystopher Alves

1 de 1

8/05/2025 11:03

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 3233821	5 - Validade da Carteira 11/11/2026
6 - Atendimento a RN [N]	

7 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO
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 2886988	12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 16598
15 - UF PR	16 - Código CBO 225270

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

18 - Data do Atendimento 08/05/2025 15:01	19 - Tipo de Consulta 4
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	

23 - Observação / Justificativa
Dr. Marcos Paulo Baggio Ortopedista CRM 16598

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
08/05/2025

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3233821

9 - Validade da Carteira
11/11/2026

10 - Nome
VITORIA CANDIDO ELEUTERIO

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
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 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
08/05/2025

23 - Indicação Clínica
Enlorse 3º QDD

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0030711010

26 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Data de Expedição
08/05/2025

28 - Cidade, Aut.
PRM, 16598

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

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

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
01

36 - Data
08/05/2025

37 - Hora Inicial
15:30

38 - Hora Final
15:30

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711010

41 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Cidade
001

43 - Via
1,00

44 - Tec.
14,14

45 - Fator Red./Acresc.
14,14

46 - Valor Unitário (R\$)
14,14

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

52 - Conselho Profissional
53 - Número do Profissional

54 - Valor Unitário (R\$)
14,14

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

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

58 - Observação / Justificativa
do conservador

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 OPMs (R\$)
0,00

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

64 - Total de Gastos Médicos (R\$)
0,00

65 - Total de Gastos Médicos (R\$)
0,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ nº 24.274.600/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

Dr. Marcos Paulo G. Baggio

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

Dados do Contratado Executante

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	17 - Registro ANVISA do Material	15:30	15:30	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	08/05/2025	15:30	15:30	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	08/05/2025	15:30	15:30	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	08/05/2025	15:30	15:30	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	08/05/2025	15:30	15:30	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAYX COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
06										
20 - Descrição										
07										
20 - Descrição										
08										
20 - Descrição										
09										
20 - Descrição										
10										
20 - Descrição										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74										
24 - Total de OPME (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 86,92										

Paciente: 87432 - VITORIA CANDIDO ELEUTERIO

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 08/05/2025

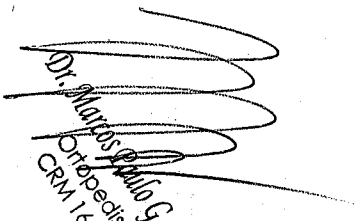
Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:

RX
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS 3° QDD AP e P


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

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 08/05/2025		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 11/11/2026		10 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO	
8 - Número da Carteira 3233821		9 - Validade da Carteira 11/11/2026		10 - Nome VITORIA CANDIDO ELEUTERIO		89 - Nome Social	
Dados do Beneficiário		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		12 - Atendimento a RV [N]	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16598		18 - UF PR	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/05/2025		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		27 - Qtd. Solic 001	
3		3		3		25 - Qtd. Aut. 001	
4		4		4		Dr. Marcos Paulo G. Baggio Ortopedista CRM 16598	
5		5		5		31 - Código CNES 2686988	
Dados do Contratado Executor		29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		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 01	
36 - Data 08/05/2025		37 - Hora Inicial 15:18		38 - Hora Final 15:18		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS		42 - Qtd. 001		43 - Via 001	
44 - Tec. 1,00		45 - Fator Red./Acresc. 48,00		46 - Valor Unitário (R\$) 48,00		47 - Valor Total (R\$) 48,00	
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 92891510930		51 - Nome do Profissional MARCOS PAULO BAGGIO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 16598		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização do Procedimento 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 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.001

Aluno: Yuri Gabriel Alves da Silva
Nº da Carteira: 3.23.4672
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 25/12/2015

Nº da Guia: 27082.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/04/2025	15:18:27	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de Educação Física a bola de basquete bateu no dedo do Yuri causando a torção.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Dubiel

Telefone

429931-2966

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

Motivo do Retorno

Retorno para avaliação médica e tirar gesso.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

Adriane Fagundes Alves da Silva

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

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

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 11/04/2025	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 YURI GABRIEL ALVES SILVA	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
-----------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------------------	------------------	--------------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS PAULO BAGGIO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16598	18 - UF PR	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Marcos Paulo G. Baggio</i> Ortopedista CRM 16598
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados	21 - Carteira do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/04/2025	23 - Indicação Clínica Fratura do 5º ODE	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	27 - Qtd. Solic. 01	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 CNES 2686988
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
----------------------	--------------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	38 - Data 11/04/2025	39 - Hora Inicial 17:15	40 - Hora Final 17:15	41 - Tabela 22	42 - Código do Procedimento 0030711010	43 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	44 - Cide 001	45 - Via 46 - Fator Red./Acresc 1,00	47 - Valor Unitário (R\$) 14,14	48 - Valor Total (R\$) 14,14
1	2	3	4	5						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	49 - Seq.Ref 49	50 - Grau Part. 50	51 - Código na Operadora/CPF 51	52 - Nome do Profissional
53 - Conselho Profissional 54 - Nome do Profissional 55 - Nome do Profissional 56 - Nome do Profissional 57 - Nome do Profissional 58 - Nome do Profissional 59 - Nome do Profissional 60 - Nome do Profissional 61 - Nome do Profissional 62 - Nome do Profissional 63 - Nome do Profissional 64 - Nome do Profissional 65 - Nome do Profissional 66 - Nome do Profissional 67 - Nome do Profissional 68 - Nome do Profissional 69 - Nome do Profissional 70 - Nome do Profissional 71 - Nome do Profissional 72 - Nome do Profissional 73 - Nome do Profissional 74 - Nome do Profissional 75 - Nome do Profissional 76 - Nome do Profissional 77 - Nome do Profissional 78 - Nome do Profissional 79 - Nome do Profissional 80 - Nome do Profissional 81 - Nome do Profissional 82 - Nome do Profissional 83 - Nome do Profissional 84 - Nome do Profissional 85 - Nome do Profissional 86 - Nome do Profissional 87 - Nome do Profissional 88 - Nome do Profissional 89 - Nome do Profissional 90 - Nome do Profissional 91 - Nome do Profissional 92 - Nome do Profissional 93 - Nome do Profissional 94 - Nome do Profissional 95 - Nome do Profissional 96 - Nome do Profissional 97 - Nome do Profissional 98 - Nome do Profissional 99 - Nome do Profissional 100 - Nome do Profissional				

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--

59 - Observação / Justificativa Recolocação da tala gessada	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

61 - Total de Procedimentos (R\$) 14,14	62 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	63 - Total de Materiais (R\$) 0,00	64 - Total de OPME (R\$) 0,00	65 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	66 - Total de Gases Medicináveis (R\$) 0,00	67 - Assinatura do Contratado
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	-------------------------------

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SPS/ADT e Resumo de Internação)



5 - Código CNES
2686988

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	17 - Registro ANVISA do Material 11/04/2025	17:15	17:15	19	70034664	2,00	36	1	8,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	11/04/2025	17:15	17:15	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	11/04/2025	17:15	17:15	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	11/04/2025	17:15	17:15	19	70869205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	11/04/2025	17:15	17:15	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
06										
20 - Descrição										
07										
20 - Descrição										
08										
20 - Descrição										
09										
20 - Descrição										
10										
20 - Descrição										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74										
24 - Total de OPME (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 86,92										

Paciente: 99842 - YURI GABRIEL ALVES SILVA

Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO

Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO

Data Exame: 11/04/2025

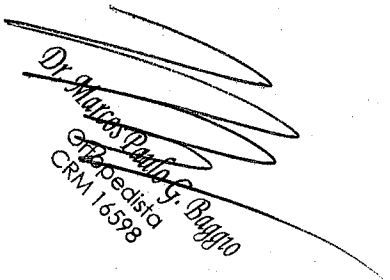
Data de Emissão: 14/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOIOLÓGICOS

EXAME: Mão apt+P 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILLOS 5° QDD AP e P


Dr. Marcos Paulo S. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 11/04/2025	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	12 - Atendimento a RN
		YURI GABRIEL ALVES SILVA	☐ N ☐ S
		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 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 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	11/04/2025	



 Marcos Rampin, G. OAB

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	28 - Cide, Aut.
1	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTÍLOS
2			
3			
4			
5			

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

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

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s)							
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	92691610930	MARCOS PAULO BAGGIO	06	16588	41	2252/0

[illegible]

58-Observação / Justificativa
CNPJ 80.242.740/0001-05 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	 Adilene Fomard Alves de Silva
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

Aluno: Yuri Gabriel Alves da Silva
Nº da Carteira: 3.23.4672
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 25/12/2015

Nº da Guia: 27082.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/04/2025	13:20:34	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de Educação Física a bola de basquete bateu no dedo do Yuri causando a torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	429931-2966

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

Motivo do Retorno

Solicitado retorno para nova avaliação médica.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

Adriane Fagundes Alves da Silva

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		6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome YURI GABRIEL ALVES SILVA			
26 - Nome Social			
Dados do Contratado			
9 - Código na Operadora 000001		10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.	
12 - Nome do Profissional Executante CARLOS CEZAR WOZNIAKI		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 10145		11 - Código CNES 2686988	
15 - UF PR		16 - Código CBO 225270	
28 - Regime de Atendimento 01		29 - Saúde Ocupacional	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial	
18 - Data do Atendimento 17/04/2025 13:51		19 - Tipo de Consulta 4	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 155,00		23 - Observação / Justificativa	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Adriane Soares da Silva			
24 - Assinatura do Profissional Executante			

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
17/04/2025

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
YURI GABRIEL ALVES SILVA

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
CARLOS CEZAR WOZNIAKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
10145

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
17/04/2025

23 - Especialidade Clínica

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

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

31 - Código CNES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Descrição de Acidente
PACIENTE EM DDH

34 - Tipo de Consulta
3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimento / Exames Realizados

36 - Data
17/04/2025

37 - Hora Inicial
14:55

38 - Hora Final
14:55

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0030711010

41 - Descrição
IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Qtd.
001

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)
14,14

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

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

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

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

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

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 OPME (R\$)
0,00

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

64 - Total de Gases Médicinas (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

PONTA GROSSA 17 de abril de 2025

CARLOS CEZAR WOZNIAKI CRM 10145 PR

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedia Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

Dr. Carlos C. Wozniaki
CRM 10145-PR
Ortopedia

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

[illegible]

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

5 - Código CNES
2686988

	6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor Unitário - R\$	16 - Valor Total - R\$
01	03	17/04/2025	14:55	14:55	19	70034664	2,00		1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8											
02	03	17/04/2025	14:55	14:55	19	70034389	2,00		36	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m											
03	03	17/04/2025	14:55	14:55	19	70861919	1,00		36	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25											
04	03	17/04/2025	14:55	14:55	19	70859205	1,00		36	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)											
05	07	17/04/2025	14:55	14:55	18	60000465	1,00		36	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS											
06					2						
20 - Descrição											
07					2						
20 - Descrição											
08					2						
20 - Descrição											
09					2						
20 - Descrição											
10					2						
20 - Descrição											
21 - Total de Gases 0,00											
22 - Total de Medicamentos 0,00											
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74											
24 - Total de OPME (R\$) 0,00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18											
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00											
27 - Total Geral (R\$) 86,92											

Paciente: 99842 - YURI GABRIEL ALVES SILVA

Médico: 10145 - CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Médico Solicit.: CARLOS CEZAR WOZNIAKI

Data Exame: 17/04/2025

Data de Emissão: 22/04/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS

Lado(s): Esquerdo CONTROLE OK


Dr. Carlos Cezar Wozniaki
CRM 10145

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 17/04/2025 5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome YURI GABRIEL ALVES SILVA 12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CEZAR WOZNIAKI 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 10145 18 - UF PR 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 17/04/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS 27 - Qtd. Solic 001 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora 80242746000140 30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA 31 - Código CNES 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 91 - Regime de Atendimento 01 32 - Saúde Ocupacional

36 - Data 17/04/2025 37 - Hora Inicial 14:35 38 - Hora Final 14:35 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 0040803120 41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS 42 - Qtd. 001 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrec 46 - Valor Unitário (R\$) 1,00 47 - Valor Total (R\$) 48,00

48 - Seq. Ref 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPF 59294523934 51 - Nome do Profissional CARLOS CEZAR WOZNIAKI 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 10145 54 - UF 41 55 - Código CBO 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 17/04/2025 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

Dr. Carlos C. Wozniak CRM 10145-PR ORTOPEDIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

Aluno: Yuri Gabriel Alves da Silva
Nº da Carteirinha: 3.23.4672
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 25/12/2015

Nº da Guia: 27082.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/04/25	13:20:34	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de Educação Física a bola de basquete bateu no dedo do Yuri causando a torção.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Dubiel

Telefone

429931-2966

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

Motivo do Retorno

Solicitado retorno para nova avaliação médica.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

Adriane Fagundes Alves da Silva

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

4 - Número da Carteira 27/082003	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN [N]
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------

7 - Nome YURI GABRIEL ALVES SILVA	26 - Nome Social
--------------------------------------	------------------

Dados do Contratado		11 - Código CNES 2686988
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	

12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 16598	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

18 - Data do Atendimento 28/04/2025 16:54	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. Marcos Paulo Baggio
Adriane Sagundes Alves de Silva

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004

Aluno: Yuri Gabriel Alves da Silva
Nº da Carteira: 3.23.4672
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 25/12/2015

Nº da Guia: 27082.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/05/2025	13:25:14	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Durante a aula de Educação Física a bola de basquete bateu no dedo do Yuri causando a torção.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Dubiel	429931-2966

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

Motivo do Retorno
Fazer raio x

Ass.: *Kelly Crystopher Alves*
Kelly Crystopher Alves

Adriane Sagundes Alves da Silva

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

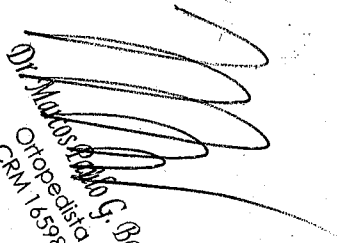
Paciente: 99842 - YURI GABRIEL ALVES SILVA
Médico: 16598 - MARCOS PAULO BAGGIO
Médico Solicit.: MARCOS PAULO BAGGIO
Data Exame: 12/05/2025
Data de Emissão: 14/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS 5º QDE AP e P


Dr. Marcos Paulo G. Baggio
Ortopedista
CRM 16598

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
12/05/2025

5 - Serinha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
27082003

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
YURI GABRIEL ALVES SILVA

6 - Data de Validade da Serinha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RIV
[N]

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS PAULO BAGGIO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
16598

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
12/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

27 - Cide, Solic
001

28 - Cide, Aut
001

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
80242746000140

30 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

31 - Código CIES
2686988

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
23

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

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento
01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
12/05/2025

37 - Hora Inicial
17:27

38 - Hora Final
17:27

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
0040803120

41 - Descrição
MÃO OU QUIRODACTILOS

42 - Cide
001

43 - Via
001

44 - Tec.
1,00

45 - Fator Red./acresc
48,00

46 - Valor Unitário (R\$)
48,00

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

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

48 - Seq. Ref
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
92691510930

51 - Nome do Profissional
MARCOS PAULO BAGGIO

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
16598

54 - UF
41

55 - Código CBO
228270

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

1 12/05/2025

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

58 - Observação / Justificativa

Clinica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80.242.746/0001-40
PONTAGROSSENSE 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 Medicionais (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

Assinatura F. Alves da Silva

