

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.002

Aluno: Amanda Lanzarin

Nº da Carteira: 3.23.3375

Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa

Data de Nascimento: 20/10/2010

Nº da Guia: 27734.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/05/2025	09:09:26	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	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Motivo do Retorno
Retorno para avaliação.

Bruno Bonatti

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 / urifiba.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	
7 - Nome AMANDA LANZARIN		6 - Atendimento a RN [N]	
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 JOCELI JOSE SOLIERI		13 - Conselho Profissional 6	
14 - Número no Conselho 16570		11 - Código CNES 0	
15 - UF PR		16 - Código CBO 225270	
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado			
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]		27 - Indicador de Cobertura Especial	
18 - Data do Atendimento 27/05/2025 16:55		19 - Tipo de Consulta 4	
20 - Tabela 22		21 - Código do Procedimento 0010101012	
22 - Valor do Procedimento 155,00		28 - Regime de Atendimento 01	
29 - Saúde Ocupacional		23 - Observação / Justificativa	
24 - Assinatura do Profissional Executante Dr. Jocele Jose Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 16570			
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Amanda Lanzarin			

Paciente: 26062 - AMANDA LANZARIN

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

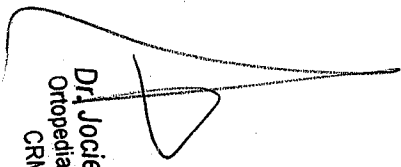
Data Exame: 27/05/2025

Data de Emissão: 28/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA
EXAMES RADIOLOGICOS

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

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		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN [N]															
4 - Data da Autorização 27/05/2025		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome AMANDA LANZARIN		89 - Nome Social															
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 3233375		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 Dr. Jociel José Solieri Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 16570 Cde. Aut. 001											
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/05/2025		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS		31 - Código CNES 00000000											
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia		32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (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 27/05/2025		37 - Hora Inicial 17:17		38 - Hora Final 17:17		39 - Tabela 22		40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS		42 - Cde 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	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
1		2		3																			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Baruc Hilgenberg
Nº da Carteira: 3.23.5023
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa

Data de Nascimento: 27/03/2012

Nº da Guia: 28610



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/05/2025	16:42:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula de Educação Física, durante um jogo de basquete, ao tentar interceptar um arremesso, a bola bateu no dedo anelar da mão direita, torcendo-o para trás.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo

Telefone

(42) 3026-3900

Quem prestou primeiros socorros

Professor Fabio

Data

21/05/2025

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

Durante a aula de Educação Física, durante um jogo de basquete, ao tentar interceptar um arremesso, a bola bateu no dedo anelar da mão direita, torcendo-o para trás.

Ass.:

p/ Fábio Eduardo Serrano - [Assinatura]

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
12157

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

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira 3235023	5 - Validade da Carteira	6 - Atendimento a RN [N]
-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------

7 - Nome DAVI BARUC HILGENBERG

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.	11 - Código CNES 0
-----------------------------------	---	-----------------------

12 - Nome do Profissional Executante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 25175	15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

18 - Data do Atendimento 21/05/2025 18:25	19 - Tipo de Consulta 1	20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0030722349	22 - Valor do Procedimento 91,22
--	----------------------------	-------------------	---	-------------------------------------

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Exercente Dr. Dante L. Gubert Jr. CRM 25.175	25 - Assinatura do Profissional Responsável
--	---

1 - Registro AINS 000000	3 - Número da Guia Principal 12157
4 - Data da Autorização 21/05/2025	5 - Senha
	6 - Data de Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12157

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	3235023
9 - Validade da Carteira	10 - Nome DAVI BARUC HILGENBERG
89 - Nome Social :	
12-Atendimento a RN [N]	

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

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Nome Assistência Solicitada

21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	21/05/2025	FRATURA SALTER 2 DA FM SEM DESVIO
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
1	0030722349	FRATURA DE FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR
2		
3		
4		
5		

Dr. Dante L. Gubert Jr.

27 - Cidade: **CRM 25.175** 28 - Cidade, Ant.

001

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

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacional).	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional
04	9	1		01	

[illegible]

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

[illegible]

58 - Odenização / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIPE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
91,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	91,22

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ADVENTISTA

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

1 - Registro AINS
0000000

2 - Número da Guia Referenciada
12157

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
0000001

4 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA

5 - Código CUES
2686988

Despesas Rebitadas

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	21/05/2025	18:25	19	70034664	2,00	36	1	9,12	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X18										
02	03	21/05/2025	18:25	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	03	21/05/2025	18:25	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	03	21/05/2025	18:25	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	07	21/05/2025	18:25	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
06				a						
20 - Descrição										
07				a						
20 - Descrição										
08				a						
20 - Descrição										
09				a						
20 - Descrição										
10				a						
20 - Descrição										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74										
24 - Total de OPME (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 86,92										



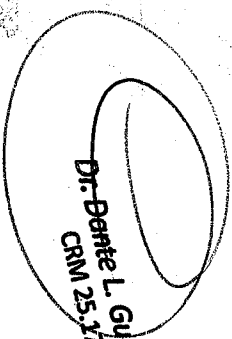
Paciente: 112690 - DAVI BARUC HILGENBERG
Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Médico Solicit: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
Data Exame: 21/05/2025
Data de Emissão: 23/05/2025

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 Inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - RX - Mão ou quírodactilo AP P E O FRATURA
SALTER 2 DA IV SEM DESVIO


Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

12156

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 12156

4 - Data da Autorização 21/05/2025 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12156

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 3235023 9 - Validade da Carteira 10 - Nome DAVI BARUC HILGENBERG 11 - Nome Social 12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 80242746000140 14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA 15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 26175 18 - UF PR 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Dante L. Gubert Jr.
27 - Cide CRM 25.175 28 - Cide. Aut. 001

Dados da Solicitação de Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados 21 - Carteira do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 21/05/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS 1 22 0040803120 26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS 2 22 0040803120 3 22 0040803120 4 22 0040803120 5 22 0040803120

Dados do Contrato de Execução 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 05 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 de Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 21/05/2025 37 - Hora Inicial 18:11 38 - Hora Final 18:11 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0040803120 41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS 42 - Cide 001 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 1,00 47 - Valor Total (R\$) 48,00 1 21/05/2025 18:11 a 18:11 2 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 CLAUDIO MATOS 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 16878 54 - UF 55 - Código CBO 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa 59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de OPMIE (R\$) 0,00 62 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 63 - Total de Gastos Medicinais (R\$) 0,00 64 - Total Geral (R\$) 48,00 65 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67 - Assinatura do Contratado

58 - Observação / Justificativa

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Davi Baruc Hilgenberg
Nº da Cartelrinha: 3.23.5023
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 27/03/2012

Nº da Guia: 28610.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/05/2025	17:00:46	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita

Descrição

Durante a aula de Educação Física, durante um jogo de basquete, ao tentar interceptar um arremesso, a bola bateu no dedo anelar da mão direita, torcendo-o para trás.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo

Telefone

(42) 3026-3900

Quem prestou primeiros socorros

Professor Fabio

Data

21/05/2025

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

Verificar a lesão no dedo.

Ass.: P

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

29/05/2025

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

3235023

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

7 - Nome

DAVI BARUC HILGENBERG

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

0000001

10 - Nome do Contratado

12 - Nome do Profissional Executante

JOCIEL JOSE SOLIERI

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

16570

11 - Código CNES

0

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

27 - Indicador de Cobertura Especial

18 - Data do Atendimento

29/05/2025 09:56

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

Paciente: 112690 - DAVI BARUC HILGENBERG

Médico: 16570 - JOCIEL JOSE SOLIERI

Médico Solicit.: JOCIEL JOSE SOLIERI

Data Exame: 29/05/2025

Data de Emissão: 30/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPIEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão apt+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

controle

40803120 - MÃO OU QUIRODACTILOS - 4° dedo

Lado(s): Direito


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

1 - Registro AINS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 29/05/2025		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome Social	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 3235023		10 - Nome DAVI BARUC HILGENBERG		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA		18 - UF PR	
15 - Nome do Profissional Solicitante JOCIEL JOSE SOLIERI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16570		19 - Código CBO	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/05/2025		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120		26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS		27 - Qtd. Solic. 004		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 00000000	
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 29/05/2025		37 - Hora Inicial 10:26		38 - Hora Final 10:26	
39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 0040803120		41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILIOS		42 - Qtd. 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 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		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Contratado		71 - Assinatura do Profissional Solicitante	

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

Jociel José Solieri
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 16570

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.004

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

Data de Nascimento: 20/11/2009

Nº da Guia: 27266.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/05/2025	09:59:05	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Caiu 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	159 9	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Motivo do Retorno
Retorno para avaliação, está com um bola próxima ao pulso esquerdo, sentindo 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

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
19026

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
LN7 - Nome
GABRIEL CLARO BORATO

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora
00000110 - Nome do Contratado
CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.11 - Código CNES
268698812 - Nome do Profissional Excitante
LUIZ JACINTHO SIQUEIRA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
291915 - UF
PR16 - Código CBO
226270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

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

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento
01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento
29/05/2025 13:1719 - Tipo de Consulta
420 - Tabala
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
155,00

23 - Omissão / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM 2919

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

João M. Santana Neto

Paciente: 108780 - GABRIEL CLARO BORATO

Médico: 2919 - LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Médico Solicit.: LUIZ JACINTHO SIQUEIRA

Data Exame: 29/05/2025

Data de Emissão: 30/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Punho ap+ p 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803112 - PUNHO

Lado(s): Esquerdo--controle de fratura radio distal
edema partes moles

Dr. Luiz Jacinto Siqueira
Ortopedista
CRM: 2919

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		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização 29/05/2025		5 - Senha		8 - Nome Social		12 - Atendimento a RM [N]	
Dados do Beneficiário				89 - Nome Social			
8 - Número da Carteira 19026		9 - Validade da Carteira		10 - Nome GABRIEL CLARO BORATO			
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 2919	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		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 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 29/05/2025		23 - Indicação Clínica		27 - Qtd. Solic. 001	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 0040803112		26 - Descrição PUNHO		28 - Qtd. Aut.	
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 23		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 29/05/2025		37 - Hora Inicial 13:26		38 - Hora Final 13:26		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803112		41 - Descrição PUNHO		42 - Qtd. 001		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 48,00	
47 - Valor Total (R\$) 48,00		48 - Seq. Ref. 1		49 - Grau Part. 12		50 - Código na Operadora/CPF 14205882904	
51 - Nome do Profissional LUIZ JACINTHO SIQUEIRA		52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 2919		54 - UF 41	
55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 48,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00		61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00		65 - Total Geral (R\$) 48,00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Pereira Vianna
Nº da Carteira: 3.23.5087
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 29/10/2009

Nº da Guia: 28552

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2025	11:41:00	Jogos Estudantis Municipais	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição
Durante um jogo válido pelos Jogos Estudantis Municipais, a aluna, durante uma disputa, caiu ao chão e lesionou o joelho esquerdo.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Fabio	20/05/2025

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
Durante um jogo válido pelos Jogos Estudantis Municipais, a aluna, durante uma disputa, caiu ao chão e lesionou o joelho esquerdo.

Ass.:

p/ João Eduardo Lervira

Kelly Crystopher Alves

[Signature]

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 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Numero da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN
N

7 - Nome

GABRIELA PEREIRA VIANNA

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.

11 - Código CNES

2686988

12 - Nome do Profissional Executante

ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Numero no Conselho

53245

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

27 - Indicador de Cobertura Especial

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

18 - Data do Atendimento

20/05/2025 14:36

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

155,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

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

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Paciente: 112659 - GABRIELA PEREIRA VIANNA

Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO

Data Exame: 20/05/2025

Data de Emissão: 21/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOIÓDICOS

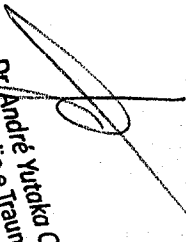
EXAME: Joelho apt+ 2 inc

LAUDO DO EXAME:

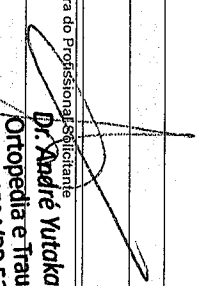
DOR NO JOELHO ESQUERDO

DOR A PALPAÇÃO DO POLO INFERIOR DA PATELA

40804054 - JOELHO 2 INC / AXIAL
40804062 - Patela



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

1 - Registro ANS 000000		3 - Numero da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 20/05/2025		5 - Senha	
		6 - Data de Validade da Senha	
		7 - Numero da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome GABRIELA PEREIRA VIANNA		89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN [] N []			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 80242746000140		14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 53245		18 - UF PR	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. André Yutaka Okamoto Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245	
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data de Solicitação 20/05/2025	
23 - Indicação Clínica DOR NO JOELHO			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	
2		22 0040804054	
3		PATELA	
4			
5			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 80242746000140		30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia	
31 - Código CNES 2686988			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
91 - Regime de Atendimento 01		92 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 20/05/2025		37 - Hora Inicial 14:55	
38 - Hora Final 14:55		39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040804054		41 - Descrição JOELHO 2 INC / AXIAL	
2 20/05/2025		14:55	
a		22 0040804062	
3		PATELA	
4			
5			
a			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref 1		49 - Grau Part. 12	
50 - Código na Operadora/CPF 35360989831		51 - Nome do Profissional ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	
2		12 35360989831	
		ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO	
52 - Conselho Profissional 06		53 - Número no Conselho 53245	
54 - UF 41		55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 20/05/2025		3	
2 20/05/2025		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
58 - Observação / Justificativa			
Clinica Pontagrossense de Fraturas e Ortopedias Ltda CNPJ 80.242.746/0001-40 FATURAMENTO CONTAS MEDICAS			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 119,00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00		62 - Total de OPME (R\$) 0,00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 119,00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Vitória Hilgenberg
Nº da Carteirinha: 3.23.5024
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 02/04/2015

Nº da Guia: 28877

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2025	16:46:00	Refeitório	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Direito

Descrição

Durante o intervalo, a aluna trombou com um colega, caiu no chão e bateu o braço direito contra um pilar.

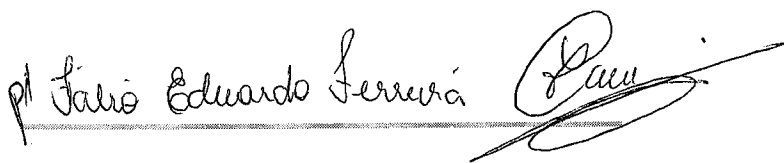
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Fabio	(42) 3026-3900

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Fabio	28/05/2025

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

Durante o intervalo, a aluna trombou com um colega, caiu no chão e bateu o braço direito contra um pilar.

Ass.: 
Kelly Crystopher Alves

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RV

[N]

7 - Nome

LAURA VITORIA HILGENBERG

26 - Nome Social

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

000001

10 - Nome do Contratado

12 - Nome do Profissional Executante

PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

[9]

13 - Conselho Profissional

18 - Data do Atendimento

28/05/2025 18:25

19 - Tipo de Consulta

1

23 - Observação / Justificativa

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

28 - Regime de Atendimento

01

29 - Saúde Ocupacional

155,00

11 - Código CUES

2686988

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225270

Dr. Pedro M. S. JACINTHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PR 18891

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura de Laura Hilgenberg

Paciente: 112780 - LAURA VITORIA HILGENBERG

Médico: 18891 - PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Médico Solicit.: PEDRO MOYSES SOARES JACINTHO

Data Exame: 28/05/2025

Data de Emissão: 30/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEDIA

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Antebraço aptp 2 inc

LAUDO DO EXAME:

40803090 - COTOVELO

Lado(s): Direito

40803104 - ANTEBRAÇO

Lado(s): Direito

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
28/05/2025

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LAURA VITORIA HILGENBERG

11 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
80242746000140

14 - Nome do Contratado
CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEdia

12 - Atendimento a RM
[N]

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

22 - Data da Solicitação
28/05/2025

23 - Indicação Clínica
trauma

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
0040803090

26 - Descrição
COTOVELO

27 - Antecedente
ANTEBRAÇO

28 - Data de Aut.

29 - Data de Aut.

30 - Data de Aut.

31 - Data de Aut.

32 - Data de Aut.

33 - Data de Aut.

34 - Data de Aut.

35 - Data de Aut.

36 - Data de Aut.

37 - Data de Aut.

38 - Data de Aut.

39 - Data de Aut.

40 - Data de Aut.

41 - Data de Aut.

42 - Data de Aut.

43 - Data de Aut.

44 - Data de Aut.

45 - Data de Aut.

46 - Data de Aut.

47 - Data de Aut.

48 - Data de Aut.

49 - Data de Aut.

50 - Data de Aut.

51 - Data de Aut.

52 - Data de Aut.

53 - Data de Aut.

54 - Data de Aut.

55 - Data de Aut.

56 - Data de Aut.

57 - Data de Aut.

58 - Data de Aut.

59 - Data de Aut.

60 - Data de Aut.

61 - Data de Aut.

62 - Data de Aut.

63 - Data de Aut.

64 - Data de Aut.

65 - Data de Aut.

66 - Data de Aut.

67 - Data de Aut.

68 - Data de Aut.

69 - Data de Aut.

70 - Data de Aut.

71 - Data de Aut.

72 - Data de Aut.

73 - Data de Aut.

74 - Data de Aut.

75 - Data de Aut.

76 - Data de Aut.

77 - Data de Aut.

78 - Data de Aut.

79 - Data de Aut.

80 - Data de Aut.

81 - Data de Aut.

82 - Data de Aut.

83 - Data de Aut.

84 - Data de Aut.

85 - Data de Aut.

86 - Data de Aut.

87 - Data de Aut.

88 - Data de Aut.

89 - Data de Aut.

90 - Data de Aut.

91 - Data de Aut.

92 - Data de Aut.

93 - Data de Aut.

94 - Data de Aut.

95 - Data de Aut.

96 - Data de Aut.

97 - Data de Aut.

98 - Data de Aut.

99 - Data de Aut.

100 - Data de Aut.

101 - Data de Aut.

102 - Data de Aut.

103 - Data de Aut.

104 - Data de Aut.

105 - Data de Aut.

106 - Data de Aut.

107 - Data de Aut.

108 - Data de Aut.

109 - Data de Aut.

110 - Data de Aut.

111 - Data de Aut.

112 - Data de Aut.

113 - Data de Aut.

114 - Data de Aut.

115 - Data de Aut.

116 - Data de Aut.

117 - Data de Aut.

118 - Data de Aut.

119 - Data de Aut.

120 - Data de Aut.

121 - Data de Aut.

122 - Data de Aut.

123 - Data de Aut.

124 - Data de Aut.

125 - Data de Aut.

126 - Data de Aut.

127 - Data de Aut.

128 - Data de Aut.

129 - Data de Aut.

130 - Data de Aut.

131 - Data de Aut.

132 - Data de Aut.

133 - Data de Aut.

134 - Data de Aut.

135 - Data de Aut.

136 - Data de Aut.

137 - Data de Aut.

138 - Data de Aut.

139 - Data de Aut.

140 - Data de Aut.

141 - Data de Aut.

142 - Data de Aut.

143 - Data de Aut.

144 - Data de Aut.

145 - Data de Aut.

146 - Data de Aut.

147 - Data de Aut.

148 - Data de Aut.

149 - Data de Aut.

150 - Data de Aut.

151 - Data de Aut.

152 - Data de Aut.

153 - Data de Aut.

154 - Data de Aut.

155 - Data de Aut.

156 - Data de Aut.

157 - Data de Aut.

158 - Data de Aut.

159 - Data de Aut.

160 - Data de Aut.

161 - Data de Aut.

162 - Data de Aut.

163 - Data de Aut.

164 - Data de Aut.

165 - Data de Aut.

166 - Data de Aut.

167 - Data de Aut.

168 - Data de Aut.

169 - Data de Aut.

170 - Data de Aut.

171 - Data de Aut.

172 - Data de Aut.

173 - Data de Aut.

174 - Data de Aut.

175 - Data de Aut.

176 - Data de Aut.

177 - Data de Aut.

178 - Data de Aut.

179 - Data de Aut.

180 - Data de Aut.

181 - Data de Aut.

182 - Data de Aut.

183 - Data de Aut.

184 - Data de Aut.

185 - Data de Aut.

186 - Data de Aut.

187 - Data de Aut.

188 - Data de Aut.

189 - Data de Aut.

190 - Data de Aut.

191 - Data de Aut.

192 - Data de Aut.

193 - Data de Aut.

194 - Data de Aut.

195 - Data de Aut.

196 - Data de Aut.

197 - Data de Aut.

198 - Data de Aut.

199 - Data de Aut.

200 - Data de Aut.

201 - Data de Aut.

202 - Data de Aut.

203 - Data de Aut.

204 - Data de Aut.

205 - Data de Aut.

206 - Data de Aut.

207 - Data de Aut.

208 - Data de Aut.

209 - Data de Aut.

210 - Data de Aut.

211 - Data de Aut.

212 - Data de Aut.

213 - Data de Aut.

214 - Data de Aut.

215 - Data de Aut.

216 - Data de Aut.

217 - Data de Aut.

218 - Data de Aut.

219 - Data de Aut.

220 - Data de Aut.

221 - Data de Aut.

222 - Data de Aut.

223 - Data de Aut.

224 - Data de Aut.

225 - Data de Aut.

226 - Data de Aut.

227 - Data de Aut.

228 - Data de Aut.

229 - Data de Aut.

230 - Data de Aut.

231 - Data de Aut.

232 - Data de Aut.

233 - Data de Aut.

234 - Data de Aut.

235 - Data de Aut.

236 - Data de Aut.

237 - Data de Aut.

238 - Data de Aut.

239 - Data de Aut.

240 - Data de Aut.

241 - Data de Aut.

242 - Data de Aut.

243 - Data de Aut.

244 - Data de Aut.

245 - Data de Aut.

246 - Data de Aut.

247 - Data de Aut.

248 - Data de Aut.

249 - Data de Aut.

250 - Data de Aut.

251 - Data de Aut.

252 - Data de Aut.

253 - Data de Aut.

254 - Data de Aut.

255 - Data de Aut.

256 - Data de Aut.

257 - Data de Aut.

258 - Data de Aut.

259 - Data de Aut.

260 - Data de Aut.

261 - Data de Aut.

262 - Data de Aut.

263 - Data de Aut.

264 - Data de Aut.

265 - Data de Aut.

266 - Data de Aut.

267 - Data de Aut.

268 - Data de Aut.

269 - Data de Aut.

270 - Data de Aut.

271 - Data de Aut.

272 - Data de Aut.

273 - Data de Aut.

274 - Data de Aut.

275 - Data de Aut.

276 - Data de Aut.

277 - Data de Aut.

278 - Data de Aut.

279 - Data de Aut.

280 - Data de Aut.

281 - Data de Aut.

282 - Data de Aut.

283 - Data de Aut.

284 - Data de Aut.

285 - Data de Aut.

286 - Data de Aut.

287 - Data de Aut.

288 - Data de Aut.

289 - Data de Aut.

290 - Data de Aut.

291 - Data de Aut.

292 - Data de Aut.

293 - Data de Aut.

294 - Data de Aut.

295 - Data de Aut.

296 - Data de Aut.

297 - Data de Aut.

298 - Data de Aut.

299 - Data de Aut.

300 - Data de Aut.

301 - Data de Aut.

302 - Data de Aut.

303 - Data de Aut.

304 - Data de Aut.

305 - Data de Aut.

306 - Data de Aut.

307 - Data de Aut.

308 - Data de Aut.

309 - Data de Aut.

310 - Data de Aut.

311 - Data de Aut.

312 - Data de Aut.

313 - Data de Aut.

314 - Data de Aut.

315 - Data de Aut.

316 - Data de Aut.

317 - Data de Aut.

318 - Data de Aut.

319 - Data de Aut.

320 - Data de Aut.

321 - Data de Aut.

322 - Data de Aut.

323 - Data de Aut.

324 - Data de Aut.

325 - Data de Aut.

326 - Data de Aut.

327 - Data de Aut.

328 - Data de Aut.

329 - Data

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Menon Mercer
Nº da Carteirinha: 3.23.4391
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 16/03/2007

Nº da Guia: 28583

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/05/2025	09:58:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Durante o treino de vôlei para o time da escola, ao realizar um bloqueio, um aluno foi atingido na mão por um colega do time adversário, o que fez com que seu dedo indicador da mão direita se torcesse para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Cristiana	(42) 3026-3900

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Cristiana	21/05/2025

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

Durante o treino de vôlei para o time da escola, ao realizar um bloqueio, um aluno foi atingido na mão por um colega do time adversário, o que fez com que seu dedo indicador da mão direita se torcesse para trás.

Ass.:

pl *Saio Eduardo Luvira*

Kelly Crystopher Alves

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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

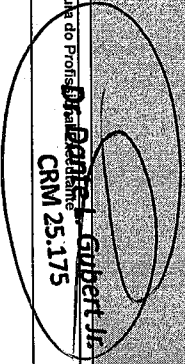
2 - Nº da Guia do Prestador

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

Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 19598	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	

7 - Nome LUCAS MENON MERCER
26 - Nome Social

Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 0000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA LTDA.
11 - Código CHES 0	12 - Nome do Profissional Executante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 25175
15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial 01
18 - Data do Atendimento 21/05/2025 16:39	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  CRM 25.175	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 
--	---

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha da Soma	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização 21/05/2025				

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
LUCAS M19698 MERCER	
10 - Nome	89 - Nome Social
LUCAS MENON MERCER	
12 - Atendimento a RN	
[N]	

13- Código na Operadora	14- Nome do Contratado
GROSSER-80242746000140-15 F. ORT	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA
15- Nome do Profissional Solicitante	16- Conselho Profissional
DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	06
17- Número no Conselho	18- UF
26175	PR
19- Código CBO	20- Assinatura do Profissional Solicitante
225270	

Dante L. Gubert Jr.

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
JMA NO 2º QDD HA 1 DIA COM BOLA DE VOLLEY	JMA COM 21/05/2025 VOLLEY	TRAUMA NO 2º QDD HA 1 DIA COM BOLA DE VOLLEY
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
22 GESSADAS 0030711010- SEGUNIMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		
		001
		27 - Qtde. Solic
		001
		28 - Qtde. Aut

Dados do Contratado Executante	
1	
2	
3	
4	
5	

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
80242746000140	CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	00000000
Dados do Atendimento		
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (caso de doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data de Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód. de Anál. Lab.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
11/21/05/2025	17:29	17:29	NO-022	0030711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)				1,00	14,14	14,14

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Grau Part.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operacional/CP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
3								
3								
4								
4								
5								
5								

[illegible][illegible]

14,14	0,00	0,00	0,00	14,14
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
		0,00	0,00	14,14
68 - Assinatura do Contratado				

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



Dados do Contratado Execitante	
3 - Código na Operadora 0000001	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\$					
01	03	17 - Registro ANVISA do Material	17-29	a	17-29	19	70034664	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	9,12	18,24		
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8															
02	03	21/05/2025	17-29	a	17-29	19	70034389		2,00	36	1	19,95	39,90		
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m															
03	03	21/05/2025	17-29	a	17-29	19	70861919		1,00	36	1	5,41	5,41		
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25															
04	03	21/05/2025	17-29	a	17-29	19	70869205		1,00	36	1	0,19	0,19		
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)															
05	07	21/05/2025	17-29	a	17-29	18	60000465		1,00	36	1	23,18	23,18		
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS															
06				a											
20 - Descrição															
07				a											
20 - Descrição															
08				a											
20 - Descrição															
09				a											
20 - Descrição															
10				a											
20 - Descrição															
21 - Total de Gases 0,00															
22 - Total de Medicamentos 0,00															
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74															
24 - Total de OPME (R\$) 0,00															
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18															
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00															
27 - Total Geral (R\$) 86,92															

Paciente: 108031 - LUCAS MENON MERCER

Médico: 25175 - DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

Médico Solicit.: DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR

Data Exame: 21/05/2025

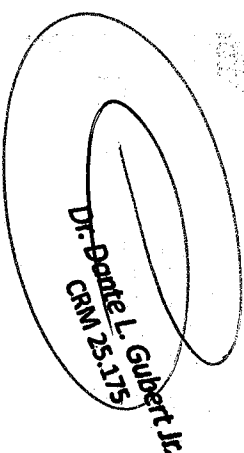
Data de Emissão: 23/05/2025

**CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E
ORTOPEDIA**

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+P 2 Inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS AP P E O
Lado(s): Direito SEM SINAIS DE FRATURAS


Dr. Dante L. Gubert Jr.
CRM 25.175

ADVENTISTA

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

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 21/05/2025	5 - Senha
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 19598	9 - Validade da Carteira
10 - Nome LUCAS MENON MERCER	
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
89 - Nome Social	
12 - Atendimento a RV N	
13 - Código na Operadora 80242746000140	
14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	
16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 25175	
18 - UF PR	
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1	
22 - Data da Solicitação 21/05/2025	
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120	
26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
27 - Cide, Solic 001	
Dr. Dante L. Gubert Jr.	
CRM 25.175 Aut.	
Dados do Contratado - Executante	
29 - Código na Operadora 80242746000140	
30 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA	
32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
91 - Regime de Atendimento 01	
92 - Saúde Ocupacional	
31 - Código CNES 0000000	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 21/05/2025	
37 - Hora Inicial 17:04	
38 - Hora Final 17:04	
39 - Tabela 22	
40 - Código do Procedimento 0040803120	
41 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS	
42 - Cide 001	
43 - Via	
44 - Tec.	
45 - Fator Red/Acresc	
46 - Valor Unitário (R\$) 1,00	
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 00484351982	
51 - Nome do Profissional DANTE LUIZ GUBERT JUNIOR	
52 - Conselho Profissional 06	
53 - Número no Conselho 25175	
54 - UF 41	
55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 21/05/2025	
2 3 4 5 6 7 8	
38 - Observação / Justificativa	
39 - 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 Medicinatz (R\$) 0,00	
65 - Total Geral (R\$) 48,00	
66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

Clínica Pontagrossense de
Fraturas e Ortopedias Ltda
CNPJ 80242.746/0001-40
FATURAMENTO CONTAS MEDICAS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

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



Data de Nascimento: 12/08/2017

Nº da Guia: 28273.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/05/2025	16:35:13	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
Professora 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	1599	Contorno	(42) 3225-2252 (42) 3026-1522

Motivo do Retorno
Retorno para reavaliação médica da mão.

Ass.: _____

Kelly Crystopher Alves

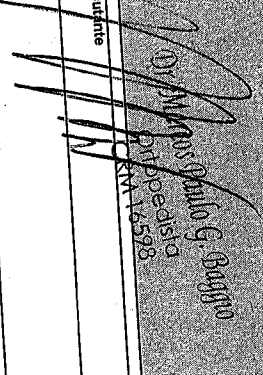
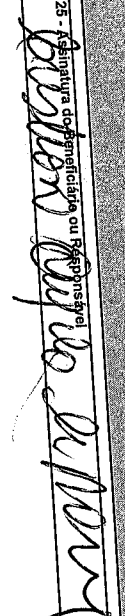
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br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

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

ADVENTISTA

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira 28273	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome NATA CRISTYAN 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 ORTOPIEDIA LTDA.
11 - Código CNES 2686988	12 - Nome do Profissional Executante MARCOS PAULO BAGGIO
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 16598
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial 01
18 - Data do Atendimento 23/05/2025 17:01	19 - Tipo de Consulta 4
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	23 - Observação / Justificativa
24 - Assinatura do Profissional Executante  Marcos Paulo G. Baggio CRM 16598	
25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  NATA CRISTYAN RAMOS DE SPUZA DA LUZ	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Roberta Antunes Meneghetti
Nº da Carteirinha: 3.23.4488
Instituição: Colégio Adventista Ponta Grossa



Data de Nascimento: 26/03/2012

Nº da Guia: 28898

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2025	08:30:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Durante a aula de Educação Física, ao receber um passe de basquetebol, a aluna torceu o 3º dedo da mão direita para trás.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Fabio	29/05/2025

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
Durante a aula de Educação Física, ao receber um passe de basquetebol, a aluna torceu o 3º dedo da mão direita para trás.

Ass.:

p/ Fabio Eduardo Ferreira

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 Arribuido pela Operadora
Dados do Beneficiário	
4 - Número da Carteira	5 - Validade da Carteira
6 - Atendimento a RN [N]	
7 - Nome ROBERTA ANTUNES MENEGETTI	
26 - Nome Social	
Dados do Contratado	
9 - Código na Operadora 000001	10 - Nome do Contratado CLIN. PONTAGROSSE DE FRATURAS E ORTOPIEDIA LTDA.
11 - Código CNES 2686988	12 - Nome do Profissional Executante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
13 - Conselho Profissional 6	14 - Número no Conselho 53245
15 - UF PR	16 - Código CBO 225270
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado	
17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	27 - Indicador de Cobertura Especial 01
18 - Data do Atendimento 29/05/2025 14:35	19 - Tipo de Consulta 1
20 - Tabela 22	21 - Código do Procedimento 0010101012
22 - Valor do Procedimento 155,00	23 - Observação / Justificativa Ortopedia e Traumatologia CRM PR 53245
24 - Assinatura do Profissional Executante	25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN [N]
Dados do Beneficiário						
4 - Data da Autorização 29/05/2025	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ROBERTA ANTUNES MENEGETTI	88 - Nome Social		
Dados do Solicitante						
13 - Código na Operadora 80242746000140	14 - Nome do Contratado CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURAS E ORTOPEDIA			88 - Nome Social		
Dados do Profissional Solicitante						
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 53245		18 - UF PR
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados						
21 - Cartão de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 29/05/2025	23 - Indicação Clínica FRATURA DA FM DO 3º DEDO				
24 - Tabela						
22	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)		27 - Qtd de Solic 001		
3	22	0030722349		28 - Qtd de Aut 001		
FRATURA DE FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR						
5						
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 - Indicação de Acidente (caso de acidente ou doença relacionada) 9			34 - Tipo de Consulta 3		
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 1 29/05/2025	37 - Hora Inicial 14:56	38 - Hora Final 14:56	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Qtd 001
2	29/05/2025	14:56	a	14:56	22	0030722349
3			a			FRATURA DE FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR
4			a			001
5			a			1,00
			a			91,22
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)						
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 da Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - / /	3			5		
2 - / /	4			6		
58 - Observação / Justificativa						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 105,36						
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\$) 105,36						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

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

Dr. André Yutaka Okamoto
CPF: 53245
TEF: 18.800

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

0000001	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	17 - Registro AMVISA do Material	14:56	14:56	19	18 - Referência do material no fabricante	2,00	36	1	19 - Nº Autorização de Funcionamento	18,24
20 - Descrição ATADURA ALGODAO 10X1,8										
02	29/05/2025	14:56	14:56	19	70034389	2,00	36	1	19,95	39,90
20 - Descrição ATADURA CREPOM 12 cm x 1,8 m										
03	29/05/2025	14:56	14:56	19	70861919	1,00	36	1	5,41	5,41
20 - Descrição MALHA TUBULAR 06X25										
04	29/05/2025	14:56	14:56	19	70859205	1,00	36	1	0,19	0,19
20 - Descrição FITA HOSPITALAR 19X50 (25 cm)										
05	29/05/2025	14:56	14:56	18	60000465	1,00	36	1	23,18	23,18
20 - Descrição TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS										
06		a								
20 - Descrição										
07		a								
20 - Descrição										
08		a								
20 - Descrição										
09		a								
20 - Descrição										
10		a								
20 - Descrição										
21 - Total de Gases 0,00										
22 - Total de Medicamentos 0,00										
23 - Total de Materiais (R\$) 63,74										
24 - Total de OpM (R\$) 0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis 23,18										
26 - Total de Diárias (R\$) 0,00										
27 - Total Geral (R\$) 86,92										

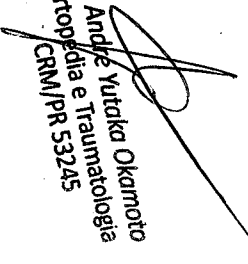
Paciente: 112785 - ROBERTA ANTUNES MENEGETTI
Médico: 53245 - ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Médico Solicit.: ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO
Data Exame: 29/05/2025
Data de Emissão: 30/05/2025

CLINICA PONTAGROSSENSE DE FRATURA E ORTOPEdia

EXAMES RADIOLOGICOS

EXAME: Mão ap+p 2 inc

LAUDO DO EXAME:
40803120 - MÃO OU QUIRODACTILIOS - FRATURA AVULSÃO DA FM DO 3º DEDO


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

1 - Registro ANS 000000 3 - Numero da Guia Principal

4 - Data da Autorização 29/05/2025 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 ROBERTA ANTUNES MENECHETTI 89 - Nome Social 12 - Atendimento a RN IN

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

15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRÉ YUTAKA OKAMOTO 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 53245 18 - UF PR 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 29/05/2025 23 - Indicação Clínica CONTUSÃO DO DEDO

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição MÃO OU QUIRODACTILOS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. André Yutaka Okamoto Aut. Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 53245

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 - Cxide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
29/05/2025	14:46	14:46	22	0040803120	MÃO OU QUIRODACTILOS	001			1,00	48,00	48,00
2											
3											
4											
5											

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 29/05/2025 3 1/1 5 1/1 7 1/1 9 1/1 2 1/1 4 1/1 6 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 OPIUE (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