

1 - Registro ANVISA

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

0

9 - Validade da Carteira
13/12/2025

11 - Nome

AMANDA THAIS KONNORATE (A)

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a FIM
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28033

18 - UF

43

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data da Solicitação
09/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

31 - Código CNES
2264064

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

09/03/2022

37 - Hora Inicial

15:49

38 - Hora Final

12

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 -

09/03/2022

15:49

12

10101039

Consulta

4

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

2 -

09/03/2022

15:49

12

10101039

Consulta

4

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

3 -

09/03/2022

15:49

12

10101039

Consulta

4

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

4 -

09/03/2022

15:49

12

10101039

Consulta

4

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

5 -

09/03/2022

15:49

12

10101039

Consulta

4

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Casos Médicos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Casos Médicos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Casos Médicos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Casos Médicos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Casos Médicos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Ass

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Amanda Thaís Konnorate
Nº da Carteira: 8.75.8046
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 26/08/2006

Nº da Guia: 5076.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/03/2022	11:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição

A aluna estava jogando vôlei. Quando sacou a bola para o campo do adversário, machucou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ninguém	(00) 00000-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cezar Colega	02/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA	AV. ASSIS BRASIL	295 9	CRISTO REDENTOR	51 3341-1302 (51) 3363-5000

Motivo do Retorno

Retornar para revisão.

Ass.:


Jerônimo Ribeiro
Coord. de Disciplina

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

7

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

Escola Adventista
TR10322-6-URGETRAUMA - Pronto Socorro Traumatologico Ltda

Nome: AMANDA THAIS KONNORATE

Guia: 0

Matricula: 8758046

Data: 09/03/2022

	Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA			10101039	60.00
		Sub-Total....		60.00
		Total.....		60.00

SESSENTA REAIS