

2713578

2 - N° Guia no Prestador 2713578

AT: 2713578
US: KARINY
Idade: null

15 - Nome do Profissional Solicitante	VICTOR DE OLIVEIRA RANGEL	
16 - Conselho Profissional	17 - Número	

[illegible]

URGEM TRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA	
- Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
2	34 - Tipo de Consulta
	35 - Motivo da Consulta
	36 - Código CBO
	37 - Código CID-9
	38 - Código CID-10
	39 - Código CID-11
	40 - Código CID-12
	41 - Código CID-13
	42 - Código CID-14
	43 - Código CID-15
	44 - Código CID-16
	45 - Código CID-17
	46 - Código CID-18
	47 - Código CID-19
	48 - Código CID-20
	49 - Código CID-21
	50 - Código CID-22
	51 - Código CID-23
	52 - Código CID-24
	53 - Código CID-25
	54 - Código CID-26
	55 - Código CID-27
	56 - Código CID-28
	57 - Código CID-29
	58 - Código CID-30
	59 - Código CID-31
	60 - Código CID-32
	61 - Código CID-33
	62 - Código CID-34
	63 - Código CID-35
	64 - Código CID-36
	65 - Código CID-37
	66 - Código CID-38
	67 - Código CID-39
	68 - Código CID-40
	69 - Código CID-41
	70 - Código CID-42
	71 - Código CID-43
	72 - Código CID-44
	73 - Código CID-45
	74 - Código CID-46
	75 - Código CID-47
	76 - Código CID-48
	77 - Código CID-49
	78 - Código CID-50
	79 - Código CID-51
	80 - Código CID-52
	81 - Código CID-53
	82 - Código CID-54
	83 - Código CID-55
	84 - Código CID-56
	85 - Código CID-57
	86 - Código CID-58
	87 - Código CID-59
	88 - Código CID-60
	89 - Código CID-61
	90 - Código CID-62
	91 - Código CID-63
	92 - Código CID-64
	93 - Código CID-65
	94 - Código CID-66
	95 - Código CID-67
	96 - Código CID-68
	97 - Código CID-69
	98 - Código CID-70
	99 - Código CID-71
	100 - Código CID-72
	101 - Código CID-73
	102 - Código CID-74
	103 - Código CID-75
	104 - Código CID-76
	105 - Código CID-77
	106 - Código CID-78
	107 - Código CID-79
	108 - Código CID-80
	109 - Código CID-81
	110 - Código CID-82
	111 - Código CID-83
	112 - Código CID-84
	113 - Código CID-85
	114 - Código CID-86
	115 - Código CID-87
	116 - Código CID-88
	117 - Código CID-89
	118 - Código CID-90
	119 - Código CID-91
	120 - Código CID-92
	121 - Código CID-93
	122 - Código CID-94
	123 - Código CID-95
	124 - Código CID-96
	125 - Código CID-97
	126 - Código CID-98
	127 - Código CID-99
	128 - Código CID-100
	129 - Código CID-101
	130 - Código CID-102
	131 - Código CID-103
	132 - Código CID-104
	133 - Código CID-105
	134 - Código CID-106
	135 - Código CID-107
	136 - Código CID-108
	137 - Código CID-109
	138 - Código CID-110
	139 - Código CID-111
	140 - Código CID-112
	141 - Código CID-113
	142 - Código CID-114
	143 - Código CID-115
	144 - Código CID-116
	145 - Código CID-117
	146 - Código CID-118
	147 - Código CID-119
	148 - Código CID-120
	149 - Código CID-121
	150 - Código CID-122
	151 - Código CID-123
	152 - Código CID-124
	153 - Código CID-125
	154 - Código CID-126
	155 - Código CID-127
	156 - Código CID-128
	157 - Código CID-129
	158 - Código CID-130
	159 - Código CID-131
	160 - Código CID-132
	161 - Código CID-133
	162 - Código CID-134
	163 - Código CID-135

[illegible]

Req. Ref.	49 - Grau Part	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		97234460063	VICTOR DE OLIVEIRA RANGEL	6	30720	43	225270

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

Observação / Justificativa

JURA-EPÍFISIOLOGISE COTOVELO

PROV COTOVELO CRIA 06-12 IMOB PROV COTOVELO CRIA 06-12	
55	60- Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 20,00
60- Total de Procedimentos (R\$)	61- Total de Materiais (R\$) R\$ 24,09
Assinatura do Responsável pela Autorização	
67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62- Total de OPME (R\$)
Assinatura do Responsável pela Autorização	
63- Total de Medicamentos (R\$)	64- Total de Gases Medicinais (R\$)
68- Assinatura do Contratado	65- Total Geral (R\$) R\$ 120,64

Codigo de Despesas Realizadas				CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis											
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	13/08/2024	18:38	18:38	19	45583	2	0	R\$ 2,78	R\$ 5,56						
16-Descrição ATADURA ALG LAMI 10 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	13/08/2024	18:38	18:38	19	45538	3	0	R\$ 5,91	R\$ 17,73						
16-Descrição ATADURA CREPE 10 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	13/08/2024	18:38	18:38	19	64622	10	0	R\$ 0,08	R\$ 0,80						
16-Descrição ESPARADRAPO															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
4	13/08/2024	18:38	18:38	0	86000527	1	0	R\$ 20,00	R\$ 20,00						
16-Descrição TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA															
17-Total Gases Medicinais R\$											18-Total Medicamentos R\$				
R\$ 0,00											R\$ 0,00				
											19-Total Materiais R\$				
											R\$ 24,09				
											20-Total Taxas Div.				
											R\$ 20,00				
											21-Total Diárias R\$				
											R\$ 0,00				
											22-Total Alugueis R\$				
											R\$ 0,00				
											23-Total Geral R\$				
											R\$ 44,09				



Paciente: 545829 ANGELL SCHMIDT PAGLIARINI ()

Sexo: F

Data Nasc.: 05/01/2017 Idade: 7 anos, RG: 3056437522

CPF: 654.560.410-49

Local:

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 10764092

Validade: 30/07/2024

Medico: VICTOR DE OLIVEIRA Local: BRACO

Profissão: ESTUDANTE

Fone: 51991526717 51991526717

Paciente:
ANGELL SCHMIDT PAGLIARINI

Usuario:
HIAGO IARLEY

HDA - História da doença atual / Exame físico:
FRATURA-EPIFISIOLISE COTOVELO

Exames Radiologico

Hipótese Diagnóstica:

CABEÇA DO RÁDIO [COTOVELO]

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO 1
SOCORRO
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1
QUALQUER SEGMENTO

Conduta:

CONSULTA

Dr. Victor de Oliveira Rangel
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 30720


Assinatura Paciente

Assinatura Medico
VICTOR DE OLIVEIRA RANGEL
Crm: 30720

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Angell Schmidt Pagliarini
Nº da Carteirinha: 10.76.4092
Instituição: Escola Adventista de Alvorada



Data de Nascimento: 05/01/2017

Nº da Guia: 19445.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/08/2024	17:48:23	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Braço Direito

Descrição

Aluna estava na aula de educação física e se pendurou na goleira, caiu e bateu no chão com o braço direito. Reclamou de dor, recebeu gelo para colocar no local.

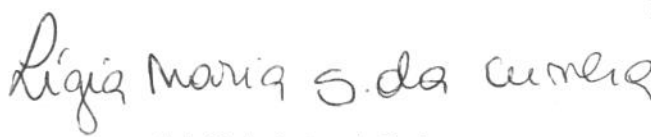
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Juliana	(51) 3044-8350
Professora Juliana	(51) 3044-8350

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda (Não Atende Trauma de Cabeça)	AV. ASSIS BRASIL	282 7	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Motivo do Retorno

Solicitado pelo médico.

Escola Adventista de Ensino
Fundamental de Alvorada
Rua Vereador Ary Muller, 222 - Jd. Maringa
Cep: 94810-470 - Alvorada/RS
Fone/Whats: (51) 3044-8350
Email: ea.alvorada@educadventista.org.br
Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93
CNPJ: 87.115.838/0048-72

Ass.: 
Ligia Maria Santos da Cunha

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: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br