

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sembr
6 - Data Validade de Sembr	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira 30/09/2021	11 - Nome GUSTAVO RIBEIRO MONTEIRO (C)	12 - Atendimento a RN N
------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
----------------------	--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
---	-----------------------------	--------------------------	------------------------	-------------	--	----------------	------------------	----------------

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNEC	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acess.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Código CBO
----------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	-----------------

57 - Data de Realização de Procedimentos em Série	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPRTE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
---	--	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

59 - Observação / Justificativa

69 - Total de Procedimentos (R\$)	70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	71 - Total de Materiais (R\$)	72 - Total de OPRTE (R\$)	73 - Total de Medicamentos (R\$)	74 - Total de Gases Medicinais (R\$)	75 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização	77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	78 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

79 - Observação / Justificativa

80 - Total de Procedimentos (R\$)	81 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	82 - Total de Materiais (R\$)	83 - Total de OPRTE (R\$)	84 - Total de Medicamentos (R\$)	85 - Total de Gases Medicinais (R\$)	86 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	89 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Porto Alegre

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>GUSTAVO RIBEIRO MONTEIRO</u>	Nº DA MATRÍCULA: <u>2561</u>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>Escola Adventista de Santa Cecília</u>	TELEFONE: <u>3493 1967</u>
ENDEREÇO: <u>Av. Plácido Martin 1588</u>	CIDADE: <u>Viamão</u>
	UF: <u>RS</u>

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
	☐ QUEIMADURA	☐ JOGO DE FUTEBOL
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
	☐ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
	☐ TRAUMA	☐ NATAÇÃO
	☐ TRAUMA COM BOLA	☐ RECREIO
	☐ OUTROS QUAL?	☐ SALA DE AULA
		☐ OUTROS QUAL?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Retorno de visita médica

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: _____ TELEFONE: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:

08/10/2021

Jesiel T. R. Franco
Diretor
RG 9065107949

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CIAPA):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200_8106-8736
www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br

Nome: GUSTHAVO RIBEIRO MONTEIRO

Guia: 2561

Matricula: ,

Data: 11/10/2021

Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA		10101039	50.00
ESPICA (QUIRO OU PODODACTILO)		30711010	8.00
	Sub-Total....		58.00

Descricao	Recursos Complementares Terapeuticos e Diagnosticos	codigo	valor
Mao ou quirodactilos		40.80.312-0	30.03
filme 0.0864 m2		40.80.312-0	2.33
	Sub-Total....		32.36

Descricao	Materiais Medicamentos e Outros Recursos	qtd.	val.unid.	valor
TAXA DE IMOB NAO GESSADA		1	4.16	4.16
Algodao laminado 10cm rolo		1	6.69	6.69
Atadura crepe 10cm rolo		1	3.48	3.48
	Sub-Total....			14.33
	Total.....			104.69

CENTO E QUATRO REAIS E SESSENTA E NOVE CENTAVOS