

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT  
2 - N° Guia no Prestador 14406001



AT: 2652868  
US: KARINY

Idade: null

|                            |                                |            |       |                               |                                             |                               |                            |
|----------------------------|--------------------------------|------------|-------|-------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>999999 | 3 - Número da Guia<br>14406001 | 21/11/2023 | 10:26 | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|----------------------------|--------------------------------|------------|-------|-------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

|                         |           |                                        |                                         |
|-------------------------|-----------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 9 - Validade da Carteira<br>07/11/2023 | 10 - Nome<br>JENNIFER RODRIGUES MACHADO |
|-------------------------|-----------|----------------------------------------|-----------------------------------------|

|                       |                                    |                                                                           |                                  |                                  |               |                           |                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>10763334 | 14 - Nome do Contratado<br>URGENTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número do Conselho<br>23348 | 18 - UF<br>43 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>MAURO AZEREDO / 23348 |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                      |                                            |                                                        |                                                                   |                      |                    |
|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código na Operadora<br>91149294000173 | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MAURO AZEREDO | 23 - Indicação Clínica<br>S934 - Entorse e distensão do tornozelo | 27 - Qlde Solic<br>1 | 28 - Qlde Aut<br>1 |
|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|

|                                                                         |                                  |                                        |                                                          |                             |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | 21 - Caráter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>21/11/2023 | 26 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEMR ETORNO | 31 - Código CNEC<br>2264064 |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                         |                          |                                                                           |                            |                                            |                |          |          |              |                                    |                                     |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 24 - Tabela<br>10101039 | 25 - Código Procedimento | 30 - Nome do Contratado<br>URGENTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 42 - Qlde<br>1 | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit (R\$)<br>R\$ 65,00 | 47 - Valor Total (R\$)<br>R\$ 65,00 |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|

|                                |                                            |                               |                                                             |                         |                            |                 |                   |                                      |                                                  |                      |                                  |               |                           |
|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora<br>91149294000173 | 32 - Tipo de Atendimento<br>2 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 36 - Data<br>21/11/2023 | 37 - Hora Inicial<br>11:41 | 38 - Hora Final | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Código Procedimento<br>10101039 | 41 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEM | 52 - Cons. Prof<br>6 | 53 - Número do Conselho<br>23348 | 54 - UF<br>43 | 55 - Código CBO<br>225270 |
|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|

|                      |                               |                                                             |                            |                                            |                |          |          |              |                                    |                                     |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo de Atendimento<br>2 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta<br>1 | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 42 - Qlde<br>1 | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit (R\$)<br>R\$ 65,00 | 47 - Valor Total (R\$)<br>R\$ 65,00 |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|

|                                                       |                         |                            |                 |                   |                                      |                                                  |                |          |          |              |                                    |                                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 36 - Data<br>21/11/2023 | 37 - Hora Inicial<br>11:41 | 38 - Hora Final | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Código Procedimento<br>10101039 | 41 - Descrição<br>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEM | 42 - Qlde<br>1 | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit (R\$)<br>R\$ 65,00 | 47 - Valor Total (R\$)<br>R\$ 65,00 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|

|                                                    |                                               |                                      |                                            |                      |                                  |               |                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 48 - Seq Ref<br>49 - Grau Part<br>62739972091 | 50 - Código Operadora<br>62739972091 | 51 - Nome do Profissional<br>MAURO AZEREDO | 52 - Cons. Prof<br>6 | 53 - Número do Conselho<br>23348 | 54 - UF<br>43 | 55 - Código CBO<br>225270 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|

|                                                   |                                                |                                 |                                                |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Observação / Justificativa | 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>R\$ 65,00 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de Materiais (R\$) | 62 - Total de OFME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$)<br>R\$ 65,00 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

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

|                                   |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 69 - Total de Procedimentos (R\$) | 70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 71 - Total de Materiais (R\$) | 72 - Total de OFME (R\$) | 73 - Total de Medicamentos (R\$) | 74 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 75 - Total Geral (R\$)<br>R\$ 65,00 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

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



Paciente: 593533

JENNIFER RODRIGUES MACHADO ()

Sexo: F

Data Nasc.: 02/10/2013

Idade: 10

RG: 0

CPF: 051.550.550-16

Local:

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 10763334

Validade: 07/11/2023

Medico: MAURO AZEREDO

Local:

Profissão: /

Fone: 51994171548

51994171548

Paciente:

JENNIFER RODRIGUES MACHADO

Usuario:

ANELISE SILVA

**HDA - História da doença atual / Exame físico:**

ENTROSE

2S

**Exames Radiologico**

**Hipótese Diagnóstica:**

Entorse e distensao do tornozelo

**Procedimentos**

10101039 - CONSULTA EM PRONTO

1

SOCORRO SEMR ETORNO

**Conduta:**

CONSULTA

X

Assinatura Paciente

Horário do retorno

Retorno Dia

Assinatura Medico  
MAURO AZEREDO

Crn: 23348

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Jennifer Rodrigues Machado  
**Nº da Carteirinha:** 10.76.3334  
**Instituição:** Escola Adventista de Alvorada



**Data de Nascimento:** 02/10/2013

**Nº da Guia:** 14406.001

| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade |
|-----------------|----------|--------|-----------|
| 14/11/2023      | 15:37:59 | Quadra | Passeio   |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Direito      |

| Descrição         |
|-------------------|
| Aluna torceu o pé |

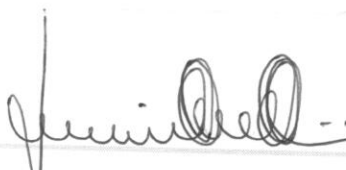
| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Dine                     | (51) 3044-8350 |
| Dine                     | (51) 3044-8350 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Dine                            | 06/11/2023 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

| Motivo do Retorno |
|-------------------|
|                   |

Escola Adventista de Ensino  
Fundamental de Alvorada  
Rua Vereador Ary Muller, 222 - Jd. Maringá  
Cep: 94810-470 - Alvorada/RS  
Fone/Whats: (51) 3044-8350 Ass.:  
Email: ea.alvorada@educadventista.org.br  
Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93  
CNPJ: 87 115.838/0048-72

  
Indiana Quadros De Oliveira

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)