

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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

2 - Nº Guia no Prestador 2768696



2768696

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia
999999 2768696

02/04/2025

11:57

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 2768696
US: KARINY
Idade: 11

8 - Número da Carteira
94410521

9 - Validade da Carteira
12/03/2025

10 - Nome
JULIA KUMPEL SOUZA

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado
URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
91149294000173

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCELO KEMEL ZAGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número de Conselho
38372

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
MARCELO KEMEL ZAGO / 38372

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/04/2025

23 - Indicação Clínica
S626 - Fratura de outros dedos

24 - Tabela

25 - Código Procedimento
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora
91149294000173

30 - Nome do Contratado
URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

31 - Código CNES
2264064

32 - Tipo de Atendimento
2

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
1

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
02/04/2025

37 - Hora Inicial
11:57

38 - Hora Final
12:20

39 - Tabela
22

40 - Código Procedimento
10101039

41 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd
1

43 - Via
1

44 - Tec.
1

45 - Red/Acr
1

46 - Valor Unit. (R\$)
R\$ 67,93

47 - Valor Total (R\$)
R\$ 41,78

48 - Seq. Ref.
91047897091

49 - Grau Part.
50 - Código Operadora
51 - Nome do Profissional
MARCELO KEMEL ZAGO

52 - Cons. Prof.
53 - Número do Conselho
38372

54 - UF
43

55 - Código CBO
225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa
#alergia amoxicilina
fratura base volar fm 3o qde em 07/03/25

59 - Total de Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização
feito tal: sem edema, sem dor focalizada, adm ok 3o qde
RX consolidado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Contratado

URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO



Data Atendimento: 02/04/2025 / 11:57

Registro ID: 726132

Tipo Atendimento

AGENDA (1 AT)

12:00

DAIANA SILVA



2768696

2768696

Paciente: 726132 JULIA KUMPEL SOUZA ()

Data Nasc.: 04/10/2013 Idade: 11 RG:

CPF: 602.957.600-36

Sexo: F

Local:

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

Matrícula: 94410521

Validade: 12/03/2025

Médico: MARCELO KEMEL ZAGO Local: MAO

Profissão: ESTUDANTE

Fone: 51 985421203 (51)98542-1203

Paciente:

Usuário:

JULIA KUMPEL SOUZA

ANA LIPERT

HDA - História da doença atual / Exame físico:

RX OK

ALTA

Exames radiológicos:

40803120 - MAO OU QUIRODACTILO

Qtde: 1

Esquerdo 3o qde ap + p

Hipótese diagnóstica:

Fratura de outros dedos

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO

1

SOCORRO

Conduta:

CONSULTA

Dr Marcelo Kemel Zago
Ortopedista/Traumatologista
CRMRS 38372
RQE 30969/FEOT 15152

Desirée Hümpel

Assinatura do paciente

Horário do retorno _____

Retorno Dia _____

Assinatura do médico

MARCELO KEMEL ZAGO

Crm: 38372

URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA - AV ASSI BRASIL, 2827 - FONE :3363-5000 - CRISTO REDENTOR - PORTO ALEGRE - RS

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Júlia Kämpel Souza
Nº da Carteirinha: 9.44.10521
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon



Data de Nascimento: 04/10/2013

Nº da Guia: 25069.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/03/2025	13:49:49	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na educação física quando torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(51) 3349-6600

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

Retorno autorizado para avaliação para o dia 02/04/2025

Ass.: _____

Eduardo Marin de Mattos

COLÉGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON
Rua Mali, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230
Fone/Fax.: (51) 3349.6600 - Porto Alegre - RS
Port. SEC 2272/87 - Par. CEE 962/86
CNPJ: 87 115 838/0007-02

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