

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI
2 - N° Guia no Prestador 2759876



COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia	25/02/2025	14:27	AT: 2759876
9999999	2759876			US: KARINY
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	Idade: 5

Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira	25/02/2025	LAURA SALES DOS SANTOS		N
9633701				

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	19 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
13 - Código na Operadora	URGENTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA	06	38372	43	225270	MARCELO KEMEL ZAGO / 38372
91149294000173						

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados	23 - Indicação Clínica	27 - Cide. Solic.	28 - Cide. Aut.
21 - Caráter do Atendimento	M255 - Dor articular		
2			

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Cide. Solic.	28 - Cide. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40804062	PATELA	1	1
22	40804070	PERNA	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

Dados do Contratado Executante	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
28 - Código na Operadora	URGENTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA	2264064
91149294000173		

Dados do Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
23	2	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
	25/02/2025	14:27		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 67,93	R\$ 67,93
	25/02/2025	14:36		22	40804062	PATELA	1				R\$ 45,76	R\$ 45,76
	25/02/2025	14:36		22	40804070	PERNA	1				R\$ 46,12	R\$ 46,12

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	MARCELO KEMEL ZAGO	43	225270
		91047897091			

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - / /	3 - / /	
2 - / /	4 - / /	
5 - / /	6 - / /	
7 - / /	8 - / /	
9 - / /	10 - / /	

S: - Contusão perna esquerda hoje	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 Responsável pela Autorização					R\$ 159,81
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
71 - Assinatura do Contratado					
72 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
74 - Assinatura do Contratado					
75 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
77 - Assinatura do Contratado					
78 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
80 - Assinatura do Contratado					
81 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
83 - Assinatura do Contratado					
84 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
86 - Assinatura do Contratado					
87 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
89 - Assinatura do Contratado					
90 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
92 - Assinatura do Contratado					
93 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
95 - Assinatura do Contratado					
96 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
98 - Assinatura do Contratado					
99 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					



Paciente: 725650 LAURA SALES DOS SANTOS ()

Sexo: F

Data Nasc.: 29/03/2019 Idade: 5 anos, RG:

CPF: 062.211.190-65

Local:

Convênio: COLEGIO ADVENTISTA

Matrícula: 9533701

Validade: 25/02/2025

Médico: SEM MEDICO DEFINIDO Local: PERNA

Profissão: CRIANÇA

Fone: (51)98175-2684

Paciente:
LAURA SALES DOS SANTOS

Usuário:
ANA LIPERT

HDA - História da doença atual / Exame físico:

S:

-Contusão perna esquerda hoje

O:

-pequeno hematoma terço medio anterior

-rx perna e joelho sp

I:

-contusão
perna esquerda

Exames radiológicos:

40804062 - PATELA

Qtde: 1

Esquerdo

40804070 - PERNA

Qtde: 1

Esquerdo

Hipótese diagnóstica:

Dor articular

Procedimentos

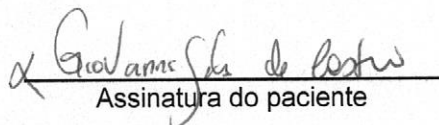
10101039 - CONSULTA EM PRONTO
SOCORRO

1

Conduta:

CONSULTA

Dr. Marcelo Kemal Zago
Ortopedista/Traumatologista
CRMPS 38372
RQE 30969/TEO 15152


Assinatura do paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

Assinatura do médico
SEM MEDICO DEFINIDO
Crm: 99999

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Sales dos Santos
Nº da Carteira: 9.53.3701
Instituição: Escola Adventista de Sarandi



Data de Nascimento: 29/03/2019

Nº da Guia: 24627

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/02/2025	13:16:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Perna Direita

Descrição

Professora encaminhou aluna que bateu canela na escada no momento de subida.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	25/02/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda (Não Atende Trauma de Cabeça)	AV. ASSIS BRASIL	2827	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Observações

Ligamos para responsáveis para levar ao atendimento medico, pois aluna relata dores.

87.115.838/0018-57

ESCOLA ADVENTISTA DE ENSINO
FUNDAMENTAL DE SARANDI

RUA PASSOS FIGUEROA, 841
SARANDI - CEP 91110-500

Ass.:

William Leite Aguiar PORTO ALEGRE- RS

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