

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO



2673729

2 - N° Guia no Prestador 13289008

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 13289008		27/02/2024		08:43		AT: 2673729 US: KARINY Idade: null			
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 94410985		9 - Validade da Carteira 25/09/2023		10 - Nome LETICIA EVALDT ARRIETA		17 - Número do Conselho 31827		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante ANTONIO CARLOS ZUCCO / 31827	
13 - Código na Operadora 91149294000173		14 - Nome do Contratado URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA		16 - Conselho Profissional 06		18 - UF 43		27 - Qtde Solic		28 - Qtde Aut	
15 - Nome do Profissional Solicitante ANTONIO CARLOS ZUCCO		22 - Data da Solicitação 27/02/2024		23 - Indicação Clínica M796 - Dor em membro		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 2264064	
21 - Caráter do Atendimento 2		24 - Tabela 22		25 - Código Procedimento 10101039		26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde 1		46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 65,00	
29 - Código na Operadora 91149294000173		30 - Nome do Contratado URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		43 - Via 6		45 - Red/Acr	
32 - Tipo de Atendimento 13		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde 1		46 - Valor Unit. (R\$) R\$ 65,00	
36 - Data 27/02/2024		37 - Hora Inicial 08:43		38 - Hora Final		39 - Tabela 22		40 - Código Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
48 - Seq Ref 45-Grau Part		50 - Código Operadora 95462864000		51 - Nome do Profissional ANTONIO CARLOS ZUCCO		52 - Cons. Prof 6		53 - Número do Conselho 31827		54 - UF 43	
55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Medicamentos (R\$)		60 - Total de OPME (R\$)		61 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
62 - Total de Gases Medicinais (R\$)		63 - Total de OPME (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		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		1	

URGNETRAUMA SAÚDE E MOVIMENTO		Data Atendimento: 27/02/2024 / 08:43		Registro ID: 510790		Tipo Atendimento		AGENDA	
2673729		2673729		2673729		2673729		2673729	
Paciente: 510790		LETICIA EVALDT ARRIETA ()		Sexo: F		Local:		Validade: 25/09/2023	
Data Nasc.: 21/06/2006		Idade: 17		RG: 1118515384		CPF: 855.681.630-49		Local:	
Convenio: COLEGIO ADVENTISTA		Matricula: 94410985		Profissão: ESTUDANTE		Fone: 51 981777321 51 981777337			
Medico: ANTONIO CARLOS		Local: TORNZOELO							
Paciente: LETICIA EVALDT ARRIETA		EMANUELLY PEREIRA		USUARIO:					
HDA - História da doença atual / Exame físico:		DOR EVENTUAL EM TORNZOELO DIR		NOVA RNM		RETORNO			
Exames Radiológico									
Hipótese Diagnóstica:		Dor em membro							
Procedimentos		10101039 - CONSULTA EM PRONTO		1					
Conduta:		CONSULTA							
Assinatura Paciente		Letícia Evaldt Arrieta							
Retorno Dia									
Horário do retorno									
URGNETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA - AV ASSI BRASIL, 2827 - FONE :3363-5000 - CRISTO REDENTOR - PORTO ALEGRE - RS									



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Nº da Guia: 13289.008

Data de Nascimento: 26/06/2006

Aluno: Letícia Evaldt Arrieta
 Nº da Carteira: 9.44.10985
 Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon

Data do Retorno		16/02/2024	
Horário	Local	13:13:55	Quadra
Atividade		Deslocamento interno	
Partes do corpo		Pé Direito, Tornozelo Direito	

Descrição
 A aluna estava descendo as escadas quando caiu torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência
 Eduardo Coordenador

Telefone (51) 3349-6600

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

Motivo do Retorno
 Retorno por solicitação médica

Assinatura
 Antônio Carlos Zuccato
 Traumatologista/Ortopedista
 CRM 81827

Luiz Felipe Rodrigues Arantes

COLEGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON
 Rua Mall, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230
 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: assistencia medica@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
 assistencia medica@clinicaadventista.org.br / portaisaude clinicaadventista.org.br

