

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

8757959

9 - Validade da Carteira

25/03/2022

11 - Nome

LUCAS MENEZES DOS SANTOS (A)

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

15 - Nome do Profissional Solicitante

589860 - 2427901 - ANTHONY

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

25/03/2022

23 - Indicação Clínica

3410 Fudo Rod

26 - Descrição

Pronto Socorro

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

31 - Código CNES

2264064

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacio

12

34 - Tipo de Consulta

12

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

12

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

25/03/2022

37 - Hora Inicial

16:15

38 - Hora Final

16:15

39 - Tabela

1010133

40 - Código do Procedimento

1010133

41 - Descrição

Consulta

42 - Qtd.

01

43 - Via

01

44 - Tec.

01

45 - Valor Riel/Acresc.

01

46 - Valor Unitário (R\$)

60,00

3

2

1

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (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 Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Nome: LUCAS MENEZES DOS SANTOS

Guia: 0

Matricula: 8757959

Data: 25/03/2022

Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA		10101039	60.00
Luva gessada		30712092	16.00
	Sub-Total....		76.00

Descricao	Recursos Complementares Terapeuticos e Diagnosticos	codigo	valor
Mao ou quirodactilos		40.80.312-0	35.64
filme 0.0864 m2		40.80.312-0	2.33
	Sub-Total....		37.97

Descricao	Materiais Medicamentos e Outros Recursos	qtd.	val.unid.	valor
TAXA SALA/COLOCACAO,TROCA,RETIRADA		1	22.50	22.50
Algodao laminado 10cm rolo		2	6.69	13.38
Atadura crepe 08cm rolo		2	2.96	5.92
Atadura gessada 10cm rolo		1	13.57	13.57
	Sub-Total....			55.37
	Total.....			169.34

CENTO E SESSENTA E NOVE REAIS E TRINTA E QUATRO CENTAVOS

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Lucas Menezes dos Santos
Nº da Carteirinha: 8.75.7959
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 23/09/2006

Nº da Guia: 5241.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/03/2022	12:18:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando bola. O colega chutou sem intenção seu dedo. Foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mateus Colega de Aula	(51) 99297-8985

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jerônimo Ribeiro	15/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA	AV. ASSIS BRASIL	295 9	CRISTO REDENTOR	51 3341-1302 (51) 3363-5000

Motivo do Retorno

O Médico irá refazer um novo RX para ver como esta o dedo.


Jerônimo Ribeiro
Educação
Adventista
Coord. de Disciplina

Ass.: _____

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br