

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

584621 - 2399919 - JOAO VIT

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

8 - Número da Carteira

2882

13 - Código na Operadora

9 - Validade da Carteira
15/10/2021

14 - Nome do Contratado

LUISA PEREIRA DUARTE (A)

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a R
N

15 - Nome do Profissional Solicitante

PAULO VELASCO

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

Dados da Solicitação/Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação
05/11/2021

23 - Indicação Clínica

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

22048

18 - UF

43

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CRM/RS 22048

Paulo A. Velasco

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Exatase no Puerperal

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
2264064

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

05/11/2021

37 - Hora Inicial

09:55

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Vlt.

44 - Tec.

45 - F. labor Prod./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

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

48 - Seq. Prof

49 - Grau Prof

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

01

12

314.117.110-84

Paula Velasco

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

06

22048

43

225270

43

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

58 - Observação / Justificativa

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 -

70 -

71 -



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Porto Alegre

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:	<i>Lisa Pereira Guare</i>	Nº DA MATRÍCULA:	<i>2002</i>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	<i>Escola Adventista de Santa Cecília</i>	TELEFONE:	
ENDEREÇO:	<i>Av. Plácido Mattos 1508</i>	CIDADE:	<i>Viamão</i>
		UF:	<i>RS</i>

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
	☐ ATROPELAMENTO	☐ ATLETISMO
	☐ BRIGA	☐ CAMA ELÁSTICA
	☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	☐ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	☐ EDUCAÇÃO FÍSICA
	☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	☐ GINÁSTICA OLÍMPICA
	☐ CORPO ESTRANHO	☐ JOGO DE BASQUETE
	☐ QUEIMADURA	☐ JOGO DE FUTEBOL
LOCAL ONDE OCORREU:	☐ QUEDA	☐ JOGO DE HANDEBOL
	☒ TORÇÃO	☐ JOGO DE VOLEY
	☐ TRAUMA	☐ NATAÇÃO
	☐ TRAUMA COM BOLA	☐ RECREIO
	☐ OUTROS	☐ SALA DE AULA
	QUAL?	☐ OUTROS
		QUAL?

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

Retorno

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:	
NOME:	TELEFONE:
NOME:	TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?	
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:	

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

DATA DE EMISSÃO:

04/11/2021

ASSINATURA E CARIMBO - RESPONSÁVEL ENTIDADE DE ENSINO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CLAPA):

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, AOS CUIDADOS DO DEPTO. DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, JUNTAMENTE COM COMPROVANTES ORIGINAIS)

Rua Matias José Bins, 581 / Três Figueiras / Porto Alegre / RS / 91330-290 / Fones: (51) 3382-1200_8106-8736
www.clinicaadventista.org.br / jhon.coelho@clinicaadventista.org.br

ESCOLA ADVENTISTA DE SANTA CECÍLIA
Educ. Infantil e Ens. Fundamental

Av. Plácido Mottin, 1508 - Santa Cecília - Viçosa/RS

CEP: 94475-500 - Fone: (51) 3493.1967 / 8106.8613

28ª D.E Gravataí - CNPJ: 87.115.838/0043-68

Port. SEc657/65 e Parecer CEED 1012/84

Escola Adventista
TR11121-5-URGETRAUMA - Pronto Socorro Traumatologico Ltda

Nome: LUISA PEREIRA DUARTE

Guia: /

Matricula: 2882

Data: 05/11/2021

Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA		10101039	50.00
	Sub-Total....		50.00
	Recursos Complementares	Terapeuticos e Diagnosticos	
	Descricao	codigo	valor
Articulacao tibio-tarsica		40.80.408-9	30.03
filme 0.0864 m2		40.80.408-9	2.33
	Sub-Total....		32.36
	Total.....		82.36

OITENTA E DOIS REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS