

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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



2676056

2 - Nº Guia no Prestador 15403001

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia
9999999	15403001

06/03/2024

10:25

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 2676056
US: KARINY
Idade: null

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
9448678	22/02/2024

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Nome do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código Procedimento

26 - Descrição

27 - Data da Realização de Procedimentos em Série

28 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (apresente a referência da tabela)

34 - Data da Realização de Procedimentos em Série

35 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código Procedimento

41 - Descrição

42 - Data da Realização de Procedimentos em Série

43 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

44 - Data da Realização de Procedimentos em Série

45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

46 - Data da Realização de Procedimentos em Série

47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Data da Realização de Procedimentos em Série

49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Data da Realização de Procedimentos em Série

51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Data da Realização de Procedimentos em Série

53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Data da Realização de Procedimentos em Série

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data da Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data da Realização de Procedimentos em Série

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Data da Realização de Procedimentos em Série

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Data da Realização de Procedimentos em Série

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Data da Realização de Procedimentos em Série

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Data da Realização de Procedimentos em Série

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Data da Realização de Procedimentos em Série

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Data da Realização de Procedimentos em Série

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Data da Realização de Procedimentos em Série

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Data da Realização de Procedimentos em Série

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data da Realização de Procedimentos em Série

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data da Realização de Procedimentos em Série

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data da Realização de Procedimentos em Série

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data da Realização de Procedimentos em Série

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data da Realização de Procedimentos em Série

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data da Realização de Procedimentos em Série

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data da Realização de Procedimentos em Série

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data da Realização de Procedimentos em Série

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data da Realização de Procedimentos em Série

93 - Assinatura do Benef

Paciente: 707946

MATEUS FECK HALLAM ()

Sexo: M

Data Nasc.: 12/02/2010

Idade: 14

RG: 1133636298

CPF: 601.071.770-13

Local:

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 9448678

Validade: 22/02/2024

Medico: ANTONIO CARLOS

Local: BRACO

Profissão: ESTUDANTE

Fone: 51980309630

51980309630

Paciente:

MATEUS FECK HALLAM

Usuario:

EMANUELLY PEREIRA

HDA - História da doença atual / Exame físico:

FRATURA EM RADIO DSITAL ESQ HA CERCA DE 2

SEMANAS

PERSISTE COM DOR

TROCO TALA

RETORNO REAVALIAÇÃO

Exames Radiologico

Hipótese Diagnóstica:

Fratura da extremidade distal do radio e do cubito [ulna]

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO1

SOCORRO

30721180 - FRATURAS E OU LUXACOES DO 1

PUNHO REDUCAO INCRUENTA

Conduta:

CONSULTA

Antonio Carlos Zucco

Traumatologia - Ortopedia

CRM 31827

Assinatura Medico

ANTONIO CARLOS ZUCCO

Crn: 31827

Horário do retorno

Retorno Dia

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Mateus Feck Halam
Nº da Carteirinha: 9.44.8678
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon



Data de Nascimento: 12/02/2010 Nº da Guia: 15403.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/03/2024	10:20:37	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava participando da aula de Ed.Física quando bateu a mão na parede e a torceu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paulo de Educação Física	(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 por solicitação médica.

Ass.:

Luiz Felipe Rodrigues Arantes

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. GEE 962/86
CNPJ: 87.115.838/0007-02

Antonio Carlos Zucchi
Traumatológico Ltda
CNPJ 31.627

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: <http://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) 3240.2019 ou (41) 99805.0157

