

|                                                  |  |                              |  |                                                |  |                                             |  |
|--------------------------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                 |  | 3 - Número da Guia Principal |  | 6 - Data Validade da Guia                      |  | 7 - Número da Guia Autógrafa pela Operadora |  |
| 4 - Data da Autorização                          |  | 5 - Setor                    |  | 9 - Validade da Carteira                       |  | 11 - Nome                                   |  |
| 8 - Número da Carteira                           |  | 5662                         |  | 07/04/2022                                     |  | NATHALIA TAINA RIBEIRO DE FREITAS (C)       |  |
| Dados do Solicitante                             |  |                              |  | 14 - Nome do Contratado                        |  |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante            |  |                              |  | Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda. |  |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora                         |  |                              |  | 16 - Conselho Profissional                     |  |                                             |  |
| 17 - Número no Conselho                          |  |                              |  | 18 - UF                                        |  |                                             |  |
| 19 - Código CBO                                  |  |                              |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante    |  |                                             |  |
| 21 - Assinatura do Profissional Solicitante      |  |                              |  | 27 - Cidade Solic.                             |  |                                             |  |
| 22 - Data da Solicitação                         |  |                              |  | 28 - Cidade Aut.                               |  |                                             |  |
| 23 - Indicação Clínica                           |  |                              |  | 29 - Código CNEC                               |  |                                             |  |
| 24 - Tabela                                      |  |                              |  | 30 - Nome do Contratado                        |  |                                             |  |
| 25 - Código do Procedimento                      |  |                              |  | 31 - Código CNEC                               |  |                                             |  |
| 26 - Descrição                                   |  |                              |  | 32 - Valor Total (R\$)                         |  |                                             |  |
| 27 - Tipo de Consulta                            |  |                              |  | 33 - Tipo de Atendimento                       |  |                                             |  |
| 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento       |  |                              |  | 35 - Valor Unitário (R\$)                      |  |                                             |  |
| 36 - Valor Total (R\$)                           |  |                              |  | 37 - Valor Total (R\$)                         |  |                                             |  |
| 38 - Hora Inicial                                |  |                              |  | 39 - Hora Final                                |  |                                             |  |
| 40 - Código do Procedimento                      |  |                              |  | 41 - Descrição                                 |  |                                             |  |
| 42 - CBO                                         |  |                              |  | 43 - UF                                        |  |                                             |  |
| 44 - Tec.                                        |  |                              |  | 45 - Fator Red. Acres.                         |  |                                             |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                        |  |                              |  | 47 - Valor Total (R\$)                         |  |                                             |  |
| 48 - Setor                                       |  |                              |  | 49 - Grau Part.                                |  |                                             |  |
| 50 - Código na Operadora                         |  |                              |  | 51 - Nome do Profissional                      |  |                                             |  |
| 52 - Conselho Profissional                       |  |                              |  | 53 - Número do Conselho                        |  |                                             |  |
| 54 - UF                                          |  |                              |  | 55 - Código CBO                                |  |                                             |  |
| 56 - Data de Realização do Procedimento em Série |  |                              |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                             |  |
| 58 - Observações / Justificativas                |  |                              |  | 59 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)          |  |                                             |  |
| 60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)            |  |                              |  | 61 - Total de Materiais (R\$)                  |  |                                             |  |
| 62 - Total de Orçate (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                    |  |                              |  | 69 - Assinatura do Profissional                |  |                                             |  |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathalia Taína Ribeiro de Freitas  
Nº da Carteira: 8.74.3169  
Instituição: Escola Adventista de Santa Cecília



Data de Nascimento: 26/02/2011

Nº da Guia: 5662

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 07/04/2022         | 11:12:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Antebraço Direito |

## Descrição

Na aula de Ed. Física, aluna pisou na bola e caiu sobre seu punho direito.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Lucas                    | (51) 98417-1066 |

| Local de atendimento                            | Endereço         | Nº   | Bairro          | Telefone                       |
|-------------------------------------------------|------------------|------|-----------------|--------------------------------|
| URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA | AV. ASSIS BRASIL | 2959 | CRISTO REDENTOR | 51 3341-1302<br>(51) 3363-5000 |

## Observações

Avisado familiar.

Ass.:

Fabio Collet

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

Nome: NATHALIA TAINA RIBEIRO DE FREITAS Guia: 0

Matricula: 5662.001

Data: 07/04/2022

Servicos Profissionais

| Descricao do Procedimento         | codigo   | valor |
|-----------------------------------|----------|-------|
| CONSULTA                          | 10101039 | 60.00 |
| Imob. prov. superior (tala baixa) | 30711037 | 10.50 |
| Sub-Total....                     |          | 70.50 |

Recursos Complementares Terapeuticos e Diagnosticos

| Descricao                  | codigo      | valor  |
|----------------------------|-------------|--------|
| Mao ou quirodactilos       | 40.80.312-0 | 35.64  |
| filme 0.0864 m2            | 40.80.312-0 | 2.33   |
| Punho:A.P.- Lat. -obliquas | 40.80.311-2 | 35.64  |
| filme 0.1728 m2            | 40.80.311-2 | 4.67   |
| Antebraco                  | 40.80.310-4 | 35.64  |
| filme 0.1440 m2            | 40.80.310-4 | 3.89   |
| Sub-Total....              |             | 117.81 |

Materiais Medicamentos e Outros Recursos

| Descricao                          | 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.....                         |      |           | 243.68 |

DUZENTOS E QUARENTA E TRES REAIS E SESSENTA E OITO CENTAVOS