

Paciente:

SAMUEL CUTRÚNEO FARIAS

SOLICITO NOVA CONSULTA EM 30 DIAS PARA AVALIAÇÃO DO QUADRO.

RICARDO DA ROCHA GOBBO
CRM: 29706

Sexta-feira 23 Agosto 2024



MATRIZ • Av. Assis Brasil, 2827 • Sala 517 • Cristo Redentor • Porto Alegre (51) 3363.5000
FISIOTERAPIA E ACADEMIA • Av. Assis Brasil, 2959 • Cristo Redentor • Porto Alegre (51) 3361.3034

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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



2 - N° Guia no Prestador 20250001

1 - Registro ANS	3 - Numero da Guia
9999999	20250001

01/10/2024

11:22

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

AT: 2725552
US: KARINY
Idade: null

8 - Número da Carteira

8427380

9 - Validade da Carteira

23/08/2024

10 - Nome

SAMUEL CUTRUNEO FARIAS

11 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora

91149294000173

14 - Nome do Contratado

URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

RICARDO DA ROCHA GOBBO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número do Conselho

29706

18 - UF

43

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

01/10/2024

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código Procedimento

26 - Descrição

27 - Orde Solic

28 - Orde /

29 - Código

30 - Descrição

31 - Valor Unit. (R\$)

32 - Valor Total

33 - Código

34 - Descrição

35 - Valor Unit. (R\$)

36 - Valor Total

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

1

1

1

1

1

1

1

1

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

91149294000173

30 - Nome do Contratado

URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

2

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

37 - Tipo de Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Tipo de Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Tipo de Atendimento

42 - Tipo de Atendimento

43 - Tipo de Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código Procedimento

41 - Descrição

42 - Orde

43 - Via

44 - Tec.

45 - Red/Acr

46 - Valor Unit. (R\$)

47 - Valor Total

48 - Valor Total

01/10/2024

11:22

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

1

1

1

1

1

1

1

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Profissional

53 - Nome do Profissional

54 - Nome do Profissional

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Profissional

57 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Nome do Profissional

60 - Nome do Profissional

82132933049

82132933049

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

RICARDO DA ROCHA GOBBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

58 - Observação / Justificativa

esta bem na fst

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Total Geral (R\$)

68 - Total Geral (R\$)

69 - Total Geral (R\$)

70 - Total Geral (R\$)

71 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO



Data Atendimento: 01/10/2024 / 11:22

Registro ID: 719187

Tipo Atendimento

RETORNO DE ELETIVO

LAUREN



2725552

2725552

Paciente: 719187 SAMUEL CUTRUNEO FARIAS ()

Data Nasc.: 16/09/2008 Idade: 16

RG: -

CPF: 601.193.690-36

Sexo: M

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 8427380

Local:

Medico: RICARDO DA ROCHA

Local: JOELHO

Validade: 23/08/2024

Fone: 51-996472924

Profissão: -

Paciente:
SAMUEL CUTRUNEO FARIAS

Usuario:
ALESSA PAZ

HDA - História da doença atual / Exame físico:

esta bem na fst

o: adm completa sem sinais de instabilidade.

Exames Radiologico

Hipótese Diagnóstica:

Luxacao entorse e distensao das articulacees e dos ligamentos do joelho

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO
SOCORRO

1

Conduta:

CONSULTA

fst e academia

ret em 3 meses para ret ao futebol

Assinatura Paciente

Assinatura Medico

RICARDO DA ROCHA GOBBO

Crn: 29706

Horário do retorno

Retorno Dia

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Cutruneo Farias

Nº da Carteira: 8.42.7380

Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre

Data de Nascimento: 16/09/2008

Nº da Guia: 20250.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/09/2024	09:04:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

o aluno estava jogando futsal, quando torceu o joelho direito, ele relatou que o joelho saiu do lugar e voltou.

Testemunha da ocorrência

Edimilson

Telefone

(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros

Edimilson

Data

23/08/2024

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 autorizado para o dia 1/10/24 Retorno solicitado pelo Médico desta clinica.

Aline F. Carvalho
Coordenadora de Disciplina
RG 4103152542

Ass.:

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

87.115.838/0006-13
COLÉGIO ADEVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534
Camaqua - CEP 91.910.630
PORTO ALEGRE - RS

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

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