

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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

2 - Nº Guia no Prestador 2714244



1 - Registro ANS 9999999

3 - Número da Guia 2714244

15/08/2024

19:13

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 2714244
US: KARINY
Idade: null

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento e RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Indicação Clínica

25 - Qtd. Solic.

26 - Qtd. Aut.

27 - Tabela

28 - Código Procedimento

29 - Descrição

30 - Consulta

31 - Motivo de Encerramento do Atendimento

32 - Qtd.

33 - Via

34 - Tec.

35 - Red/Acr

36 - Valor Unit. (R\$)

37 - Valor Total (R\$)

38 - Data

39 - Hora Inicial

40 - Hora Final

41 - Tabela

42 - Código Procedimento

43 - Descrição

44 - Qtd.

45 - Via

46 - Tec.

47 - Red/Acr

48 - Valor Unit. (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Data

51 - Hora Inicial

52 - Hora Final

53 - Tabela

54 - Código Procedimento

55 - Descrição

56 - Qtd.

57 - Via

58 - Tec.

59 - Red/Acr

60 - Valor Unit. (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Data

63 - Hora Inicial

64 - Hora Final

65 - Tabela

66 - Código Procedimento

67 - Descrição

68 - Qtd.

69 - Via

70 - Tec.

71 - Red/Acr

72 - Valor Unit. (R\$)

73 - Valor Total (R\$)

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - UF

33 - Código CBO

34 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Red/Acr

46 - Valor Unit. (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Data

49 - Hora Inicial

50 - Hora Final

51 - Tabela

52 - Código Procedimento

53 - Descrição

54 - Qtd.

55 - Via

56 - Tec.

57 - Red/Acr

58 - Valor Unit. (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Data

61 - Hora Inicial

62 - Hora Final

63 - Tabela

64 - Código Procedimento

65 - Descrição

66 - Qtd.

67 - Via

68 - Tec.

69 - Red/Acr

70 - Valor Unit. (R\$)

71 - Valor Total (R\$)

72 - Data

73 - Hora Inicial

74 - Hora Final

75 - Tabela

76 - Código Procedimento

77 - Descrição

78 - Qtd.

79 - Via

80 - Tec.

81 - Red/Acr

82 - Valor Unit. (R\$)

83 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

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 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Data de Realização de Procedimentos em Série

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

79 - Observação / Justificativa

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

TRAUMA MÃO D HJ

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

DOR D5

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 Medicionais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

R\$ 116,62

R\$ 25,00

R\$ 99,22

R\$ 99,22

R\$ 99,22

R\$ 99,22

R\$ 240,84

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

SARAH VITORIA STEIL MARCHI

Guia de Outras Despesas
COLEGIO ADVENTISTA

2714244

1 - Registro Ans
999999

2 - N° Guia Referencia
2714244

3 - Código na Operadora
91149294000173

4 - Nome do Contratado
URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

5 - Código CNES
2264064

Codigo de Despesas Realizadas			CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis												
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	45573	2	0	R\$ 9,56	R\$ 19,12						
16-Descrição ATADURA GESSADA 10 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	45548	4	0	R\$ 7,17	R\$ 28,68						
16-Descrição ATADURA CREPE 12 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	45584	3	0	R\$ 3,37	R\$ 10,11						
16-Descrição ATADURA ALG LAMI. 12 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	45574	3	0	R\$ 11,87	R\$ 35,61						
16-Descrição ATADURA GESSADA 12 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	64622	40	0	R\$ 0,08	R\$ 3,20						
16-Descrição ESPARADRAPO															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
3	15/08/2024	19.13	19.13	19	64553	50	0	R\$ 0,05	R\$ 2,50						
16-Descrição MALHA TUBULAR 12 CM															
6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red ?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$						
4	15/08/2024	19.13	19.13	0	8600071	1	0	R\$ 25,00	R\$ 25,00						
16-Descrição TX. SALA DE GESSO															
17-Total Gases Medicinais R\$ 18-Total Medicamentos R\$ 19-Total Materiais R\$ 20-Total Taxas Div. 21-Total Diárias R\$ 22-Total Aluguéis R\$ 23-Total Geral R\$															
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 99,22		R\$ 25,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 124,22			

Data Atendimento: 15/08/2024 / 19:13

Registro ID: 718909

Tipo Atendimento

URGENCIA



2714244

2714244

Paciente: 718909 SARAH VITORIA STEIL MARCHI ()

Sexo: F

Data Nasc.: 05/04/2012 Idade: 12 RG: 127782180

CPF: 418.727.620-34

Local:

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula:

Validade: 15/08/2024

Medico: SEM MEDICO DEFINIDO Local: MAO

Profissão: ESTUDANTE

Fone: 000 51992238357

Paciente:

SARAH VITORIA STEIL MARCHI

Usuario:

CELIO BITTENCOURT

HDA - História da doença atual / Exame físico:

TRAUMA MÃO D HJ

DOR D5

Exames Radiologico

40803120 - MAO OU QUIRODACTILO

Qtde: 1

Direito

Hipótese Diagnóstica:

Traumatismos superficiais multiplos do punho e da mao

Procedimentos

30711037 - MEMBRO SUPERIOR

1

10101039 - CONSULTA EM PRONTO

1

SOCORRO

Conduta:

CONSULTA


Assinatura Paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____


Assinatura Medico
SEM MEDICO DEFINIDO
Crm: 99999

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sarah Vitória Steil Marchi
Nº da Carteirinha: 10.76.4338
Instituição: Escola Adventista de Alvorada

Data de Nascimento: 05/04/2012

Nº da Guia: 19976

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/08/2024	17:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Professor encaminhou aluna ao setor disciplinar, que bateu forte o dedo durante jogo volei .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	15/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Urgetrauma - Pronto Socorro Traumatológico Ltda (Não Atende Trauma de Cabeça)	AV. ASSIS BRASIL	2827	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Observações

Ligamos para responsavel pois aluna relata muita dor no dedo.

Escola Adventista de Ensino
Fundamental de Alvorada
Rua Vereador Ary Muller, 222 - Jd. Maringá
Cap: 94810-470 - Alvorada/RS
Fone/Whats: (51) 3044-8350
Email: ea.alvorada@educadventista.org.br
Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93
CNPJ: 87.115.832/0001-79

Ass.:

Indiana Quadros De Oliveira

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