

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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



2 - Nº Guia no Prestador 15408

2672720

AT: 2672720  
US - KARINY  
Idade: null

|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 999999                                                                          |  | 3 - Número da Guia 15408                                              |  | 22/02/2024                                  |  | 12:43                                        |  |                                      |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |                               |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                          |  | 5 - Senha                                                             |  | 6 - Data de Validade da Senha               |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 8 - Número da Carteira 8758266                                                                   |  | 9 - Validade da Carteira 22/02/2024                                   |  | 10 - Nome THALES URIEL SANTOS GARCIA        |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 13 - Código na Operadora 9149294000173                                                           |  | 14 - Nome do Contratado URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde               |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  | 12 - Atendimento a RN N       |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO KEMEL ZAGO                                         |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                          |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 21 - Caracter do Atendimento 2                                                                   |  | 22 - Data da Solicitação 22/02/2024                                   |  | 23 - Indicação Clínica M255 - Dor articular |  | 16 - Conselho Profissional 06                |  | 17 - Número do Conselho 38372        |  | 18 - UF 43                                  |  | 19 - Código CBO 225270        |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código Procedimento                                              |  | 26 - Descrição                              |  |                                              |  |                                      |  | 27 - Qtd Solic                              |  | 28 - Qtd Aut                  |  |
| 22                                                                                               |  | 10101039                                                              |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                  |  |                                              |  |                                      |  | 1                                           |  | 1                             |  |
| 22                                                                                               |  | 40804089                                                              |  | ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)        |  |                                              |  |                                      |  | 1                                           |  | 1                             |  |
| 22                                                                                               |  | 40804070                                                              |  | PERNA                                       |  |                                              |  |                                      |  | 1                                           |  | 1                             |  |
| 4 -                                                                                              |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 5 -                                                                                              |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 6 -                                                                                              |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 29 - Código na Operadora 9149294000173                                                           |  | 30 - Nome do Contratado URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Dados do Atendimento                                                                             |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 32 - Tipo de Atendimento 05                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2         |  | 34 - Tipo de Consulta 1                     |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento   |  |                                      |  | 31 - Código CNES 2264064                    |  |                               |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 36 - Data                                                                                        |  | 37 - Hora Inicial                                                     |  | 38 - Hora Final                             |  | 39 - Tabela                                  |  | 40 - Código Procedimento             |  | 41 - Descrição                              |  | 42 - Qtd                      |  |
| 22/02/2024                                                                                       |  | 12:43                                                                 |  | 22                                          |  | 10101039                                     |  | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO           |  |                                             |  | 1                             |  |
| 22/02/2024                                                                                       |  | 13:00                                                                 |  | 22                                          |  | 40804089                                     |  | ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORN       |  |                                             |  | 1                             |  |
| 22/02/2024                                                                                       |  | 13:00                                                                 |  | 22                                          |  | 40804070                                     |  | PERNA                                |  |                                             |  | 1                             |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 48 - Seq Ref                                                                                     |  | 49 - Grau Part                                                        |  | 50 - Código Operadora 91047897091           |  | 51 - Nome do Profissional MARCELO KEMEL ZAGO |  |                                      |  | 52 - Cons. Prof 6                           |  | 53 - Número do Conselho 38372 |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  | 54 - UF 43                    |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  | 55 - Código CBO 0             |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 1 -                                                                                              |  | /                                                                     |  | 3 -                                         |  | /                                            |  | 5 -                                  |  | /                                           |  | 7 -                           |  |
| 2 -                                                                                              |  | /                                                                     |  | 4 -                                         |  | /                                            |  | 6 -                                  |  | /                                           |  | 8 -                           |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
|                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| contusão perna esq hoje                                                                          |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| o: hematoma moderado perna terço distal medial                                                   |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| EX-SB                                                                                            |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| FICOMUS                                                                                          |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 149,29                                                  |  | 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\$) R\$ 149,29           |  | 66 - Assinatura do Contratado |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |  |                                                                       |  |                                             |  |                                              |  |                                      |  |                                             |  |                               |  |



URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO

Data Atendimento: 22/02/2024 / 12:43

Registro ID: 711262

Tipo Atendimento

URGENCIA

JULIA GONÇALVES



2672720

2672720

Paciente: 711262 THALES URIEL SANTOS GARCIA ()

Data Nasc.: 11/12/2007 Idade: 16 RG: 4134310971

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA Matricula: 8758266

Medico: SEM MEDICO DEFINIDO Local: PERNA

Fone: 51984231684 51984231684

Sexo: M

Local:

Validade: 22/02/2024

CPF: 601.241.580-05

Profissão: ESTUDANTE

Paciente:

THALES URIEL SANTOS GARCIA

Usuario:

EDUARDO SILVA

HDA - História da doença atual / Exame físico:

contusão perna esq hoje

o: hematoma moderado perna terço distal medial

rx: sp

i: contusão

Exames Radiológico

40804089 - ARTICULACAO TIBIOTARSICA Qtde: 1  
(FORNOZELO)

40804070 - PERNA  
Esquerdo

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

Dor articular

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO  
SOCORRO

1

Conduta:

CONSULTA

aine + gelo + repouso

retorno 7 dias

Assinatura Medico  
SEM MEDICO DEFINIDO  
Crm: 99999

Assinatura Paciente

Horário do retorno

Retorno Dia

Assinatura Medico  
SEM MEDICO DEFINIDO  
Crm: 99999

URGETRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA - AV ASSI BRASIL, 2827 - FONE :3363-5000 - CRISTO REDENTOR - PORTO ALEGRE - RS



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thales Uriel Santos Garcia  
Nº da Carteirinha: 8.75.8266  
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 11/12/2007      Nº da Guia: 15408

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 22/02/2024         | 10:49:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Perna Direita   |

**Descrição**  
O aluno estava jogando futebol. Quando foi pegar a bola, dividiu com o colega. Foi colocado gelo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| João Pedro Aluno         | (00) 00000-0000 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Professora Silvani              | 22/02/2024 |

| Local de atendimento                                                                 | Endereço         | Nº       | Bairro          | Telefone                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------------|----------------------------------|
| Urgetrauma - Pronto Socorro<br>Traumatológico Ltda ( Não Atende<br>Trauma de Cabeça) | AV. ASSIS BRASIL | 282<br>7 | CRISTO REDENTOR | (51) 3341-1302<br>(51) 3363-5000 |

**Observações**  
A mãe compareceu no colégio.

Ass.:   
Jerônimo Ribeiro Salgueiro

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)

