

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentença

6 - Data Valsade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome do Contratado

11 - Nome

VINICIUS COSTA MOUSQUER (A)

12 - Nome

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cide, Solic.

28 - Cide Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Toc.

45 - Fator Prod./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Sigla Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CNF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Custos Médicos (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 Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional Solicitante

78 - Assinatura do Profissional Solicitante

79 - Assinatura do Profissional Solicitante

80 - Assinatura do Profissional Solicitante

81 - Assinatura do Profissional Solicitante

82 - Assinatura do Profissional Solicitante

83 - Assinatura do Profissional Solicitante

84 - Assinatura do Profissional Solicitante

85 - Assinatura do Profissional Solicitante

86 - Assinatura do Profissional Solicitante

87 - Assinatura do Profissional Solicitante

88 - Assinatura do Profissional Solicitante

89 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Assinatura do Profissional Solicitante

91 - Assinatura do Profissional Solicitante

92 - Assinatura do Profissional Solicitante

93 - Assinatura do Profissional Solicitante

94 - Assinatura do Profissional Solicitante

95 - Assinatura do Profissional Solicitante

96 - Assinatura do Profissional Solicitante

97 - Assinatura do Profissional Solicitante

98 - Assinatura do Profissional Solicitante

99 - Assinatura do Profissional Solicitante

100 - Assinatura do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Vinicius Costa Mousquer
Nº da Carteirinha: 10.76.2079
Instituição: Escola Adventista de Alvorada

Data de Nascimento: 26/05/2006

Nº da Guia: 5826

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2022	15:52:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

Estava jogando basquete e a bola bateu forte em sua mão causando trauma nos dedos.

Testemunha da ocorrência

João

Telefone

(51) 3044-8350

Quem prestou primeiros socorros

Maria Cláudia

Data

19/04/2022

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

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor, colocado um gelo e encaminhado para atendimento na Urgetrauma, acompanhado do responsável.

Escola Adventista de Ensino
Fundamental de Alvorada
Rua Ary müller nº 222 - Jd. Maringá
CEP 94810-470 - Alvorada/RS
Fone: (51) 3044 8350
Email: seceaa.acsr1@adventista.org.br
Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93
CNPJ 87.115.838/0048-72

Jefferson T. Vieira
Jefferson Vieira
Coordenador de Disciplina
Escola Adventista de Alvorada

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: VINICIUS COSTA MOUSQUER

Guia: 0

Matricula:

Data: 20/04/2022

Descricao do Procedimento	Servicos Profissionais	codigo	valor
CONSULTA		10101039	60.00
Tto. cons. fratura metacarpianos		30722420	56.50
	Sub-Total....		116.50

Descricao	Recursos Complementares	Terapeuticos e Diagnosticos	codigo	valor
Mao ou quirodactilos			40.80.312-0	35.64
filme 0.0864 m2			40.80.312-0	2.33
		Sub-Total....		37.97

Descricao	Materiais Medicamentos e Outros Recursos	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.....			209.84

DUZENTOS E NOVE REAIS E OITENTA E QUATRO CENTAVOS