

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Serião 6 - Data Vencido de Serião

8 - Número da Carteira **9.44.10302**

9 - Validade da Carteira **25/11/2022**

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante **Augusto Redogio**

16 - Conselho Profissional **6**

21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **24/11/2021** 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado **Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.**

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 1 | 24/11/2021 | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição |
|---|------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 2 | | | | 02 | 101010038 | Urgetrauma |
| 3 | | | | 02 | 408040083 | Urg. Traumatológico |
| 4 | | | | 02 | 408040033 | Urg. RT |
| 5 | | | | 02 | 303191443 | Urg. Consultar |

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

48 - Seq. Inic. **01** 49 - Grau Part. **02** 50 - Código na Operadora/CPF **960.890.450 - 00** 51 - Nome do Profissional **Augusto Redogio**

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 Aluguéis (R\$) **800** 61 - Total de Medicamentos (R\$) **86.27** 62 - Total de CPV/E (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **259,74**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável **Silvia Carneiro Braga** 68 - Assinatura do Contratado

7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora

11 - Nome **ZION ALMEIDA ANTUNES DA SILVA (A)**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

17 - Número no Conselho **0** 18 - UF **RS** 19 - Código CBO **43** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante (R\$) **225270**

21 - Nome do Profissional Solicitante **FRANZINA COBONDE D.**

22 - Conselho Profissional **6** 23 - Número no Conselho **0** 24 - UF **RS** 25 - Código CBO **43** 26 - Assinatura do Profissional Solicitante (R\$) **225270**

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

30 - Nome do Contratado **Urgetrauma Pronto Socorro Traumatológico Ltda.**

31 - Código CNES **2264064**

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 1 | 24/11/2021 | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição |
|---|------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 2 | | | | 02 | 101010038 | Urgetrauma |
| 3 | | | | 02 | 408040083 | Urg. Traumatológico |
| 4 | | | | 02 | 408040033 | Urg. RT |
| 5 | | | | 02 | 303191443 | Urg. Consultar |

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

48 - Seq. Inic. **01** 49 - Grau Part. **02** 50 - Código na Operadora/CPF **960.890.450 - 00** 51 - Nome do Profissional **Augusto Redogio**

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 Aluguéis (R\$) **800** 61 - Total de Medicamentos (R\$) **86.27** 62 - Total de CPV/E (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **259,74**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável **Silvia Carneiro Braga** 68 - Assinatura do Contratado

Nome: ZION ALMEIDA ANTUNES DA SILVA Guia: 4641

Matricula: 94410302 Data: 24/11/2021

| Descricao do Procedimento | codigo | valor |
|-----------------------------|---------------|--------|
| CONSULTA | 10101039 | 50.00 |
| Tto. cons. fratura ossos pe | 30729149 | 50.00 |
| | Sub-Total.... | 100.00 |

| Recursos Complementares | Terapeuticos e Diagnosticos | Descricao | codigo | valor |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------|-------|
| | | Articulacao tibio-tarsica | 40.80.408-9 | 30.03 |
| | | filme 0.0864 m2 | 40.80.408-9 | 2.33 |
| | | Pe ou pododactilos | 40.80.409-7 | 30.03 |
| | | filme 0.1140 m2 | 40.80.409-7 | 3.08 |
| | | | Sub-Total.... | 65.47 |

| Materiais Medicamentos e | Outros Recursos | Descricao | qtd. | val.unid. | valor |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------|-----------|--------|
| | | TAXA SALA/COLOCACAO, TROCA, RETIRADA | 1 | 8.00 | 8.00 |
| | | Algodao laminado 15cm rolo | 3 | 10.04 | 30.12 |
| | | Atadura gessada 15cm rolo | 2 | 19.75 | 39.50 |
| | | Atadura crepe 15cm rolo | 3 | 5.55 | 16.65 |
| | | | Sub-Total.... | | 94.27 |
| | | | Total..... | | 259.74 |

DUZENTOS E CINQUENTA E NOVE REAIS E SETENTA E QUATRO CENTAVOS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Zion Almeida Antunes da Silva
Nº da Carteira: 9.44.10302
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon



Data de Nascimento: 23/10/2007

Nº da Guia: 4641

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|---------|--------------------------|
| 24/11/2021 | 15:52:00 | Ginásio | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção | Pé Direito |

| Descrição |
|-------------|
| torceu o pé |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Samuel Tavares Vieira | (51) 3349-6600 |

| 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 no local |

Ass.: P/ Samuel F. Vieira

Matheus Rocha Silveira

COLÉGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON
Rua Mali, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230
Fone/Fax.: (51) 3349.6600 - Porto Alegre - RS
Port. SEC 2272/87 - Pat. OEE 962/86

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