

# COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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

2 - Nº Guia no Prestador 2656072



2656072

1 - Registro ANS 999999

3 - Número da Guia 2656072

4 - Data da Autorização

5 - Senha

04/12/2023

12:25

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

10763655

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

9149294000173

6 - Data de Validade da Senha

15 - Nome do Profissional Solicitante

LEANDRO EMMEL BECKER

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

04/12/2023

23 - Indicação Clínica

S626 - FRATURA SUPERIORITAL DORSAL DA FALANGE MÉDIA DO QUINTO DEDO MÃO DIR

24 - Tabela

25 - Código Procedimento

10101039

30711010

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEMR ETORNO

IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

TRAUMA MÃO DIR

TALA METALICA ADULTO

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 76,55

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 20,00

61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 24,91

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Garai (R\$) R\$ 121,46

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|------------------|--------------|------------------------|------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento                              |                   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |                           | 34 - Tipo de Consulta    |                                                | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |          | 31 - Código CNES |              |                        |                        |
| 13                                                    |                   | 2                                                           |                           | 1                        |                                                |                                            |          | 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                                   | 43 - Via | 44 - Tec.        | 45 - Red/Acr | 46 - Valor Unit. (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
| 04/12/2023                                            | 12:27             |                                                             | 22                        | 10101039                 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEM                 | 1                                          |          |                  |              | R\$ 65,00              | R\$ 65,00              |
| 04/12/2023                                            | 13:13             |                                                             | 22                        | 30711010                 | IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ                 | 1                                          |          |                  |              | R\$ 11,55              | R\$ 11,55              |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)    |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
| 48 - Seq. Ref.                                        | 49 - Grau Part.   | 50 - Código Operadora                                       | 51 - Nome do Profissional |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   | 00657915930                                                 | LEANDRO EMMEL BECKER      |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série     |                   |                                                             |                           |                          | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                            |          |                  |              |                        |                        |
| 1 -                                                   | /                 | /                                                           |                           |                          | 3 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
| 2 -                                                   | /                 | /                                                           |                           |                          | 4 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 5 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 6 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 7 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 8 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 9 -                                            | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
|                                                       |                   |                                                             |                           |                          | 10 -                                           | /                                          | /        |                  |              |                        |                        |
| 58 - Observação / Justificativa                       |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |
| TRAUMA MÃO DIR                                        |                   |                                                             |                           |                          |                                                |                                            |          |                  |              |                        |                        |

Dados do Atendimento

30 - Nome do Contratado

URGEMTRAUMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número do Conselho

29009

18 - UF

43

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

LEANDRO EMMEL BECKER / 29009

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento

N

AT: 2656072

US: KARINY

Idade: null

# URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO



Data Atendimento: 04/12/2023 / 12:25

Registro ID: 540230

Tipo Atendimento  
URGENCIA

JULIA GONÇALVES



2656072

2656072

Paciente: 540230

DAVI OLIVEIRA DE AVILA ()

Data Nasc.: 31/10/2013 Idade: 10

RG: 1128815998

Sexo: M

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula: 10763655

CPF: 879.075.930-34

Local:

Medico: SEM MEDICO DEFINIDO Local: MAO

Validade: 04/12/2023

Fone: 51984365897 51984365897

Profissão: .

Paciente:

DAVI OLIVEIRA DE AVILA

Usuario:

EMANUELLY PEREIRA

HDA - História da doença atual / Exame físico:

TRAUMA MÃO DIR

Exames Radiologico

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA SUBPERIOTAL DORSAL DA FALANGE MÉDIA DO  
QUINTO DEDO MÃO DIR

Procedimentos

10101039 - CONSULTA EM PRONTO 1  
SOCORRO SEMR ETORNO  
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1  
QUALQUER SEGMENTO

Conduta:

CONSULTA  
TALA METÁLICA

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

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Davi Oliveira de Avila  
Nº da Carteira: 10.76.3655  
Instituição: Escola Adventista de Alvorada

Data de Nascimento: 31/10/2013

Nº da Guia: 14827.001



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 04/12/2023      | 08:54:02 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Mão Direita     |

**Descrição**  
Aluno estava jogando futebol e foi defender a bola como goleiro e a bola bateu e torceu o dedo mínimo da mão direita.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Renan            | (51) 3044-8350 |
| Monitor Renan            | (51) 3044-8350 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitor Renan                   | 27/11/2023 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|----------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

**Motivo do Retorno**  
Aluno vai fazer revisão com o médico.

Ass.:

Indiana Quadros De Oliveira

Escola Adventista de Ensino  
Fundamental de Alvorada  
Rua Vereador Ary Muller, 222 - Jd. Maringá  
Cep: 94810-470 - Alvorada/RS  
Fone/Whats: (51) 3044-8350  
Email: ea.alvorada@educadventista.org.br  
Parecer CEE 1294/92 - CEED 1592/93  
CNPJ: 87.115.838/00043-72

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](mailto:portoalegre.clinicaadventista.org.br)