

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT



2 - Nº Guia no Prestador 2655712

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia 2655712 01/12/2023 15:06

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8 - Nome do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a Idade: null N

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

21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código Procedimento 26 - Descrição 27 - Qlde. Solic. 28 - Qlde. Aut.

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Red/Acr 46 - Valor Unit. (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código Operadora 51 - Nome do Profissional 52 - Cons. Prof. 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 Aluguéis (R\$) 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\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização 79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização 85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização 88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização 91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização 94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização 97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização 100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização 103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização 106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 107 - Assinatura do Contratado

URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO



Data Atendimento: 01/12/2023 / 15:06

Registro ID: 708075

Tipo Atendimento
RETORNO

ILISSON



2655712

2655712

Paciente: 708075 ENZO RAFAEL SCHERER FURTUNATO ()

Data Nasc.: 30/04/2013 Idade: 10

RG:

CPF: 043.422.050-76

Sexo: M

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Matricula:

Local:

Medico: SEM MEDICO DEFINIDO Local:

Validade: 01/12/2023

Fone: 51989539279 51989539279

Profissão:

Paciente:

ENZO RAFAEL SCHERER FURTUNATO

Usuario:

CELIO BITTENCOURT

HDA - História da doença atual / Exame físico:
SEGUIMENTO

Exames Radiológico

40803120 - MAO OU QUIRODACTILO
Esquerdo 5° QDE

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do antebraço

Procedimentos

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

Conduta:

CONSULTA
SPICA

dra. Maria Clara V. Palermo
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura Paciente

Assinatura Medico
SEM MEDICO DEFINIDO

Horário do retorno

Retorno Dia

Crn: 99999

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Enzo Rafael Scherer Furtunato
Nº da Carteirinha: 10.76.3746
Instituição: Escola Adventista de Alvorada



Data de Nascimento: 30/04/2013

Nº da Guia: 14646.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/11/2023	16:46:59	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava na aula de educação física, fazendo atividade com bola de futebol e foi defender o chute do colega e a bola bateu em sua mão esquerda e dobrou para trás seu dedo mínimo da mão esquerda. Recebeu gelo para colocar no local, dedo ficou inchado e levemente arroxado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Maria Claudia	(51) 3044-8350
Professora Maria Claudia	(51) 3044-8350

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

Motivo do Retorno

Aluno vai voltar para verificar se precisa ainda ficar com a tala.

Ass.:

Indiana Quadros De Oliveira

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: 87.115.838/0004-72

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 (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