

COLEGIO ADVENTISTA - PADRAO

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



2603599

2 - Nº Guia no Prestador 2603599

17/04/2023

19:03

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia
9999999 2603599

4 - Data de Autorização 5 - Semia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

94411406

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

91149294000173

14 - Nome do Contratado

URGEMTRAUOMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

CARLOS EDUARDO PEREA

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados

21 - Caudex do Atendimento

17/04/2023

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

0 - FRATURA 5 MIT ESQUERDO

24 - Tabela

25 - Código Procedimento

26 - Descrição

27 - Cide Solic.

28 - Cide Aut.

29 - Código na Operadora

91149294000173

30 - Nome do Contratado

URGEMTRAUOMA PRONTO SOCORRO TRAUMATOLOGICO LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

05

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

2

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

17/04/2023

37 - Hora Inicial

19:04

38 - Hora Final

19:20

39 - Tabela

22

40 - Código Procedimento

10101039

41 - Descrição

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO SEM

PE OU PODOACTILO

42 - Ordem

1

43 - Via

6

44 - Tabela

28649

45 - Procedi

28649

46 - Valor Unit. (R\$)

R\$ 65,00

47 - Valor Total (R\$)

R\$ 41,63

48 - Seq. Ref.

49 - Seq. Part.

50 - Código Operadora

51 - Nome do Profissional

CARLOS EDUARDO PEREA

52 - Cons. Prof.

6

53 - Número do Conselho

28649

54 - UF

43

55 - Código CBO

225270

56 - Assinatura do Profissional Solicitante

CARLOS EDUARDO PEREA / 28649

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

URGETRAUMA

SAÚDE E MOVIMENTO

Data Atendimento: 17/04/2023 / 19:03

Registro ID: 595686

Tipo Atendimento
URGENCIA



2603599

2603599

Paciente: 595686 SOPHIA GARCIA REZENDES ()

Sexo: F

Data Nasc.: 13/06/2012 Idade: 10 RG:

CPF: 005.803.310-67

Local:

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA Matricula: 94411406

Validade: 05/04/2023

Medico: SEM MEDICO DEFINIDO Local: PE

Profissão: .

Fone: 98282 1802 98282 1802

Paciente:
SOPHIA GARCIA REZENDES

Usuario:
ANELISE SILVA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
SEGUIMENTO

Exames Radiológico

40803023 - RAO X PE OU PODOTACTILOS Qtde: 1
Direito

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA 5 MTT ESQUERDO

Procedimentos

11 - PART- CONSULTA PARTICULAR 1

Conduta:

CONSULTA

Carlos E. Forero Perea
Cirurgia de Mão - RQE: 39417
Ortopedia e Traumatologia - RQE: 20642
CRMERS 28649

Assinatura Paciente

Assinatura Medico
SEM MEDICO DEFINIDO

Horário do retorno

Retorno Dia

Crm: 99999

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Sophia Garcia Rezende
Nº da Carteirinha: 9.44.11406
Instituição: Colégio Adventista Marechal Rondon



Data de Nascimento: 13/06/2012

Nº da Guia: 10501.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/04/2023	18:16:28	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Estava no recreio brincando quando calu torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência

Camila (monitora)

Telefone

(51) 3349-6600

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
URGETRAUMA - Pronto socorro traumatológico LTDA	AV. ASSIS BRASIL	282 7	CRISTO REDENTOR	(51) 3341-1302 (51) 3363-5000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido do médico

Ass.:

COLÉGIO ADVENTISTA MARECHAL RONDON
Rua Mali, 255 - V. Ipiranga - CEP 91370-230
Fone/Fax.: (51) 3349.6600 - Porto Alegre - RS
Port. SEC 2272/87 - Par. CEE 962/86
CNPJ: 87 115 838/0007-02

Luiz Felipe Rodrigues Arantes

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