

 Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 421 - Caxias do Sul - RS CNPJ:88645403001372 - Inscrição estadual:Isento - Fone: (CNES 2223570)						Conta paciente (999999)				
Paciente: Rafael Morosolli Dalleno Gare		Convênio: Escola Adventista		Usuário/Matrícula:						
				Nº atend: 771.129 Nº IC: 1.252.495						
Prontuário: 221854 Data entrada: 01/03/2024 08:55:27 Data saída: 01/03/2024 14:53:14 Motivo Alta: 12 Médico: Helena Descovi Galelli Tipo atend: 3 - Pronto socorro Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 1 Médica CID Princ: S92 Frat do pe Guia: 15596 Validade Origem:										
Dt Conta: 01/03/2024 Dt inicial: 01/03/2024 Dt final: 01/03/2024 Refer: 30/04/24 Título: Protocolo: 13100										
Médicos não conveniados										
Seq	Crn	Médico	Data	Hora	Proced. Descrição	Função	Qt	VI Médico	Via	C. Op.
1	47286	Helena Descovi	01/03/202	08:55	10101039 Em Pronto Socorro	Clínico	1	110,00		0,00
Total de Médicos não conveniados								110,00		0,00
Total da Estrutura								110,00		
Medicamentos										
Seq	Medic.	Descrição Medicamento		Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total	Setor		
1	90466314	Cetoprofeno 100mg cp		cp	1	2,4400	2,44	UUE - Sala de Observação		
Total de Medicamentos					1		2,44			
Sadt esp										
Seq	Procedimento					VI Total				
1	Pé Ou Pododáctilo					23,22				
Total de Sadt esp						23,22				
Total geral R\$								135,66		

Impresso em 30/04/2024 13:09:57

Pág 1 / 1

mathias.costa

FatAct_R7



Paciente	Rafael Morosoli Dallenogare	Prontuário	221854	Clinica	
Dt. Nasc.	06/10/2010	Idade	13a 4m 24d	Estado Civil	Solteiro
Naturalidade		Nacionalidade	Brasileiro	RG	
Cert. Nasc.				CPF	03515560017
Filiação	1 Valerio Baldiati Dallenogare				
	2 Adriana Morosoli Dallenogare				
Conjuge				Tipo de Atendimento	Pronto socorro
End. Res.	Rua Santo Barp , 805 Diamantino	Bairro	Diamantino	Motivo do Atendimento	Consulta Normal
Cidade	Caxias do Sul -	CEP	95055075	Fone	
Profissão		End. Prof.		Celular	991019974
Responsável	Valerio Baldiati Dallenogare				
Endereço	Rua Santo Barp, 805 Diamantino Caxias do Sul RS			Fone	
Data Entrada	01/03/2024 08:55:27			Sector	UUE - Consultórios
Acomodação	Setor sem acomodação			Quarto/Leito	UUE
Médico Resp	Hospital do Círculo			CRM	1412
Observação				Tp. Atend / Clin	TISS
Convênio	Escola Adventista	Categoria	Semi Privativo		
Cod. Usuário		Empresa			
Observação		Guia		Acompanhante	0
Tipo Acomodação	Semi-privativo				
Plano					

Termo de Responsabilidade

**EXAMES
LIBERADOS**

Valério B. Dallenogare

Ass. Nº do Paciente ou Responsável

Helena Galelli
Médica
CRM/RS 47286

Ass. do Médico/Usuário

Escola Adventista

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

2 - Nº Guia no Prestador

Atend.: 771129
Prescr: 3429742

V.3.0

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Rafael Moroselli Dallero Gai

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

999999

14 - Nome do Contratado

Circulo Operário Caxiense - Hospital do Circulo

15 - Nome do Profissional Solicitante

Hospital do Circulo

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

1412

18 - UF

RS

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

01/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101029

26 - Descrição

Consulta em Pronto Socorro

27 - Qtd Solic.

1

28 - Qtd Aut.

1

29 - Código na Op

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Índice de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seqüên.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

83 - Assinatura do Responsável pela Autorização

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91 - Assinatura do Responsável pela Autorização

92 - Assinatura do Responsável pela Autorização

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Responsável pela Autorização

95 - Assinatura do Responsável pela Autorização

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização

97 - Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Assinatura do Responsável pela Autorização

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

101 - Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Responsável pela Autorização

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

107 - Assinatura do Responsável pela Autorização

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Responsável pela Autorização

113 - Assinatura do Responsável pela Autorização

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

115 - Assinatura do Responsável pela Autorização

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização

117 - Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Assinatura do Responsável pela Autorização

119 - Assinatura do Responsável pela Autorização

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Responsável pela Autorização

122 - Assinatura do Responsável pela Autorização

123 - Assinatura do Responsável pela Autorização

124 - Assinatura do Responsável pela Autorização

125 - Assinatura do Responsável pela Autorização

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

127 - Assinatura do Responsável pela Autorização

128 - Assinatura do Responsável pela Autorização

129 - Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Assinatura do Responsável pela Autorização

131 - Assinatura do Responsável pela Autorização

132 - Assinatura do Responsável pela Autorização

133 - Assinatura do Responsável pela Autorização

134 - Assinatura do Responsável pela Autorização

135 - Assinatura do Responsável pela Autorização

136 - Assinatura do Responsável pela Autorização

137 - Assinatura do Responsável pela Autorização

138 - Assinatura do Responsável pela Autorização

139 - Assinatura do Responsável pela Autorização

140 - Assinatura do Responsável pela Autorização

141 - Assinatura do Responsável pela Autorização

142 - Assinatura do Responsável pela Autorização

143 - Assinatura do Responsável pela Autorização

144 - Assinatura do Responsável pela Autorização

145 - Assinatura do Responsável pela Autorização

146 - Assinatura do Responsável pela Autorização

147 - Assinatura do Responsável pela Autorização

148 - Assinatura do Responsável pela Autorização

149 - Assinatura do Responsável pela Autorização

150 - Assinatura do Responsável pela Autorização

151 - Assinatura do Responsável pela Autorização

152 - Assinatura do Responsável pela Autorização

153 - Assinatura do Responsável pela Autorização

154 - Assinatura do Responsável pela Autorização

155 - Assinatura do Responsável pela Autorização

156 - Assinatura do Responsável pela Autorização

157 - Assinatura do Responsável pela Autorização

158 - Assinatura do Responsável pela Autorização

159 - Assinatura do Responsável pela Autorização

160 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso em: 01/03/2024 08:59:23

Página 1

bruna.neves

WATE70106

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal		
4 - Data da Autorização 01/03/2024	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	10 - Nome Rafael Morosoli Dalleno Gare
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código na Operadora 999999		14 - Nome do Contratado Círculo Operário Caxiense - Hospita do Círculo	
15 - Nome do Profissional Solicitante Helena Descovi Galelli		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 47286
18 - UF RS		19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/03/2024	23 - Indicação Clínica trauma
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097	26 - Descrição RX PE OU PODODACTILO	27 - Qtd. Solic. 1
2			28 - Qtd. Aut. 1
3			
4			
5			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
32 - Tipo de Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1	37 - Hora inicial a 38 - Hora final 11	39 - Tabela 1	40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
2			
3			
4			
5			
48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part.		50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profs			
53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
54 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 01/03/2024		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 01/03/2024	
68 - Assinatura do Contratado 01/03/2024		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Rafael Morosoli Dalleno Gare
Atendimento: 771129 Nasc.: 06/10/2010
Nome da Mãe: Adriana Morosoli Dalleno Gare
Data Atend: 01/03/2024
Convênio: Escola Adventista
Cod. Cont.:



UF: 65 - Código CBO



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

9329426

15/03/24- 13:40

1 - Registro ANS 31024-7

3 - Número da Guia Principal

[illegible]

8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	/ /	10 - Nome	Rafael Da Silva	11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
-------------------------------	--	---------------------------------	-----	------------------	-----------------	--------------------------------------	--	------------------------------	--

13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado	

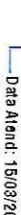
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Z1 - Caracter do Atendimento	☐
Z2 - Data da Solicitação	____/____/____
Z3 - Indicação Clínica	Controle

24-Tabela	25- Código do Procedimento	26- Descrição	27-Qtda. Solic.	28-Qtda. Aut.
1- []	[]	<i>Ex de pa' D APCP + b32</i> Dr. Samuel Salvador Otorrinolaringologia Otorrinolaringologia CRM: 46532	[]	[]
2- []	[]		[]	[]
3- []	[]		[]	[]
4- []	[]		[]	[]
5- []	[]		[]	[]

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 		30 - Nome do Contratado 	31 - Código CNES
---	--	--	--

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados										
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qlde.	43-Via	44-Teo.	45- Fator Red./Acresc.	46-V
1-1	/			a						Rafael Morosoli Dallenogare Atendimento: 781764 Nasc.: 06/10/2010
2-1	/			a						Nome da Mãe: Adriana Morosoli Dallenogare
3-1	/			a						Data Anál.: 16/03/2024
4-1	/			a						Comentio: Escola Adventista
5-1	/			a						Cod. Conty.: 

[illegible]

6-Data de Realização de Procedimentos em Série 5/7-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1-	3-
2-	4-
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
8-Observação / Justificativa	

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de O.P.M.E. (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				68 - Assinatura do Contratado		

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafael Morosolli Dallenogare
Nº da Carteirinha: 9.77.1774
Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul



Data de Nascimento: 06/10/2010

Nº da Guia: 15596

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2024	08:29:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 5º Dedo Pé Direito

Descrição
Antes da aula começar os alunos estavam brincando de bola, onde o colega pisou com força no pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nenhuma Pessoa	(54) 98100-6247

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maiane Dutra	01/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital do Círculo	General Arcy da Rocha Nobrega	421	Jardim América	(54) 2101-0000 (54) 98115-3698

Observações
O aluno foi para a sala de aula, mas viu que o pé estava inchando e doendo no qual avisou a monitora Maiane atendeu colocando gelo. A secretária avisou ao pai sobre o ocorrido. Pai virá buscar o aluno. Em conversa com o pai, eles não tem plano de saúde.

Ass.: _____

Sidnei Lemes da Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rafael Moroselli Dallenogare
Nº da Carteira: 9.77.1774
Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul



Data de Nascimento: 06/10/2010

Nº da Guia: 15596.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	12:10:24	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 5º Dedo Pé Direito

Descrição

Antes da aula começar os alunos estavam brincando de bola, onde o colega pisou com força no pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nenhuma Pessoa	(54) 98100-6247

Quem prestou primeiros socorros	Data
Maiane Dutra	01/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital do Círculo	General Arcy da Rocha Nobrega	421	Jardim América	(54) 2101-0000 (54) 98115-3698

Motivo do Retorno

Foi solicitado Retorno para dia 15/03 -

Ass.:

Administrador Financeiro
Sidnei Lemes
Sidnei Lemes da Silva

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: <http://sistema.usb.org.br/uma> (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