

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

AVENIDA VICTOR BARRETO, 3040
CENTRO - CANOAS / RS - 92010000
93.741.346/0001-21
FONE: 51 3472-1924

Total de Paginas 1
Filtrado Por: Convenio: AMA-
ADVENTISTA
Medico: Todos
Fatura: 12578

Qua, 18 mai 2022 10:19:23

719330 - GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 25/04/2022	Documento:
Matricula: 5858					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 38,57	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95,97	R\$ 134,54
716171 - ISABELLI RAAPACK COELHO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 04/04/2022	Documento:
Matricula: 3436					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 39,34	R\$ 18,75	R\$ 29,32	R\$ 24,56	R\$ 95,97	R\$ 207,94
717360 - ISABELLI RAAPACK COELHO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 11/04/2022	Documento:
Matricula: 3436					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 39,34	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 39,34
719232 - JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 22/04/2022	Documento:
Matricula: .					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 37,01	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95,97	R\$ 132,98
720166 - JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 28/04/2022	Documento:
Matricula: .					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 37,01	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 37,01
716979 - NATA NUNES DOS SANTOS		Medico: DR. MAURO GOULART		Data: 07/04/2022	Documento:
Matricula: 10453148					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 42,30	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 95,97	R\$ 138,27

Total Materiais:	R\$ 29,32	Total Geral: R\$ 690,08
Total Taxas:	R\$ 24,56	
Total Exames:	R\$ 233,58	
Total Procedimentos:	R\$ 18,75	
Total Consultas:	R\$ 383,88	
Total Laudos:	6	

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



719330

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 719330

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 719330
-----------------------------------	-------------------------------------

25/04/2022

09:28

AT: 719330
US: SANDRA
Idade: 8

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 5858	9 - Validade da Carteira 25/04/2022	10 - Nome GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------------	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 93741346000121	14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 21764	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/04/2022	23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA ANTEBRAÇO
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1	1
22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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 Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
25/04/2022	10:46		22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1				R\$ 95,97	R\$ 95,97
25/04/2022	09:36		22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1				R\$ 38,57	R\$ 38,57

SANDRA
SANDRA

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

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
			9 - ____/____/____
			10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 134,54	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\$) R\$ 134,54
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



Data Atendimento: 25/04/2022 / 09:28

Registro ID: 753096

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO

RAFAELAA



719330

Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

719330

Paciente: 753096 GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA ()

Data Nasc.: 07/02/2014 Idade: 8 anos, RG: 1137037121

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 5858

CPF: 059.217.550-28

Sexo: M

Local:

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Validade: 25/04/2022

Fone: 51 9 81598843

Profissão:

Interpretações de Exames

Paciente:
GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA

Usuario:
TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

FRATURA ANTEBRAÇO ESQ DIA 20/04
ATENDIDO E REDUZIDO NO HOSP. REGINA
RX ALINHADO
RECOBRIR COM GESSO
RET. 1 SEM P RX

FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO,
ALINHADO.


DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803104 - RAO X DE ANTEBRAÇO
Esquerdo

Qtde: 1

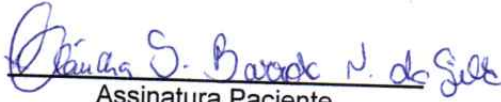
Hipótese Diagnóstica:

FRATURA ANTEBRAÇO

Conduta:

CONSULTA


Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764


Assinatura Paciente

Assinatura Medico
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO
Crm: 21764

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA - AVENIDA VICTOR BARRETO, 3040 - FONE: 51 3472-1924 - CENTRO - CANOAS - RS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Barroso Nunes da Silva
Nº da Carteira: 10.45.4465
Instituição: Colégio Adventista de Esteio

Data de Nascimento: 07/02/2014

Nº da Guia: 5858



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/04/2022	17:15:00	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluno sofreu uma queda ao sair da piscina de bolinhas. O mesmo caiu do segundo degrau de uma pequena escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andréia Meier	(51) 98061-7190

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rosemari Teixeira e Teixeira	20/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
COT Canoas - Clínica de Ortopedia e Traumatologia LTDA.	Avenida Victor Barreto	3040	Centro	(51) 3472-1924

Observações
O braço do aluno foi imobilizado no colégio. A mãe do aluno optou por levá-lo ao médico.

Ass.: _____

Jader Alves Chuaste

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

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



716171

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **716171**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 716171	04/04/2022	09:24		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 716171
US: SANDRA
Idade: 14

8 - Número da Carteira 3436	9 - Validade da Carteira 04/04/2022	10 - Nome ISABELLI RAAPACK COELHO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------------	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

13 - Código na Operadora 93741346000121		14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA		
---	--	---	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 21764	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 1			22 - Data da Solicitação 04/04/2022	23 - Indicação Clínica 0 - EPIFISIÓLISE RÁDIO
---	--	--	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1	1
22	30712092	LUVA	1	1
22	40803112	RAIO X DE PUNHO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA
SANDRA

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
04/04/2022	09:24		22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1				R\$ 95,97	R\$ 95,97
04/04/2022	12:27		22	30712092	LUVA	1				R\$ 18,75	R\$ 18,75
04/04/2022	09:32		22	40803112	RAIO X DE PUNHO	1				R\$ 39,34	R\$ 39,34

SANDRA
SANDRA
SANDRA

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
			9 - ____/____/____
			10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 154,06	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 24,56	61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 29,32	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$) R\$ 207,94
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		

Guia de Outras Despesas

Pagina 1 de 1

ISABELLI RAAPACK COELHO

AMA-ADVENTISTA

716171

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

716171

3 - Codigo na Operadora

93741346000121

4 - Nome do Contratado

COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

5 - Codigo CNES

3670066

Codigo de Despesas Realizadas										CD = 1 Gases Medicinais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis		
6-CD 3	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 19	11-Código do Item 70861900	12-Qtde 50	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,05	15-Valor Total - R\$ R\$ 2,26			
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 08CMX25MT F08150												
6-CD 4	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 18	11-Código do Item 60023236	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 15,12	15-Valor Total - R\$ R\$ 15,12			
16-Descrição TX. SALA DE GESSO												
6-CD 4	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 18	11-Código do Item 60021527	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 9,44	15-Valor Total - R\$ R\$ 9,44			
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO												
6-CD 3	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000015215	12-Qtde 1	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 0,07	15-Valor Total - R\$ R\$ 0,07			
16-Descrição GAZE ATADURA 08 CM												
6-CD 3	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000130569	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 3,71	15-Valor Total - R\$ R\$ 7,41			
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843												
6-CD 3	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000044212	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 5,50	15-Valor Total - R\$ R\$ 11,00			
16-Descrição ATADURA GESSADA 15 CM												
6-CD 3	7-Data 04/04/2022	8-Hora de Inicio 09:24	9-Hora Final 09:24	10-Tabela 0	11-Código do Item 0000044211	12-Qtde 2	13-%Red.?Acresc. 0	14-Valor Unitátio - R\$ R\$ 4,29	15-Valor Total - R\$ R\$ 8,58			
16-Descrição ATADURA GESSADA 12 CM												
17-Total Gases Medicinais R\$ R\$ 0,00		18-Total Medicamentos R\$ R\$ 0,00		19-Total Materiais R\$ R\$ 29,32		20-Total Taxas Div. R\$ 24,56		21-Total Diarias R\$ R\$ 0,00		22-Total Alugueis R\$ R\$ 0,00		23-Total Geral R\$ R\$ 53,88



Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Data Atendimento: 04/04/2022 / 09:24

Registro ID: 752688

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO



716171

716171

Paciente: 752688 ISABELLI RAAPACK COELHO ()

Data Nasc.: 28/02/2008 Idade: 14

RG:

CPF: 037.670.470-55

Sexo: F

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 3436

Validade: 04/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM

Local:

Profissão:

Fone: 51 34730777

Interpretações de Exames

Paciente: ISABELLI RAAPACK COELHO

Usuario:

TAILINE

EPIFISIÓLISE RÁDIO DIREITO.

HDA - História da doença atual / Exame físico:

QUEDA COM TRAUMA EM PUNHO DIR

RX SP

TALA LUVA

IBUPROFENO

RET. 1 SEM P AVAL E RX


DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

*Exames Radiológico

40803112 - RAO X DE PUNHO

Qtde: 1

Direito

Hipótese Diagnóstica:

EPIFISIÓLISE RÁDIO

Conduta:

CONSULTA

LUVA GESSADA


Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764


Assinatura Paciente

Assinatura Medico
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO
Crm: 21764

Horário do retorno _____

Retorno Dia _____

RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS

Entidade: Associação Norte Sul-Rio-Grandense

Escola: Colégio Adventista de Esteio

Qntd de resultados: 1

Período: 04/04/2022 à 04/04/2022



APR - 2022

Guia	RA	Aluno	O que aconteceu	Atividade	Local	Data	Escola	Credenciado
5585	343 6	Isabelli Raapack Coelho	Queda de mesmo nível	Aula de educação física	Quadra	04/04/2022	Colégio Adventista de Esteio	Atendimento no próprio estabelecimento

CPF - 03767047055
→ Priscila Raapack
→ Dr. Luiz Darbonis, 299 - Gato

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



717360

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **717360**

1 - Registro ANS
999999

3 - Número da Guia
717360

11/04/2022

09:43

AT: 717360
US: SANDRA
Idade: 14

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3436

9 - Validade da Carteira
04/04/2022

10 - Nome
ISABELLI RAAPACK COELHO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
93741346000121

14 - Nome do Contratado
COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
21764

18 - UF
43

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
11/04/2022

23 - Indicação Clínica
0 - EPIFISIÓLISE RÁDIO

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	40803112	RAIO X DE PUNHO	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
93741346000121

30 - Nome do Contratado
COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

31 - Código CNES
3670066

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
2

34 - Tipo de Consulta
1

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 Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
11/04/2022	10:20		22	40803112	RAIO X DE PUNHO	1				R\$ 39,34	R\$ 39,34

SANDRA

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

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	43	225270

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

1 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 39,34	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\$) R\$ 39,34
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Clinica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Data Atendimento: 11/04/2022 / 09:43

Registro ID: 752688

Tipo Atendimento

RETORNO



717360

717360

Paciente: 752688 ISABELLI RAAPACK COELHO ()

Sexo: F

Data Nasc.: 28/02/2008 Idade: 14 RG:

CPF: 037.670.470-55

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 3436

Validade: 04/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM

Local:

Profissão:

Fone: 51 34730777

Interpretações de Exames

Paciente:

ISABELLI RAAPACK COELHO

Usuario:

TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

SEGUIMENTO

REVISÃO

REFERE MELHORA

RX SP

ALTA

EPIFISIÓLISE DE RÁDIO DIREITO.

DRA. CRISTINA GARCIA

MÉDICA RADIOLOGISTA

CRM: 24669

Exames Radiológico

40803112 - RAIO X DE PUNHO

Qtde: 1

Direito

Hipótese Diagnóstica:

EPIFISIÓLISE RÁDIO

Conduta:

Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764

Assinatura Paciente

Horário do retorno _____

Retorno Dia _____

Assinatura Medico
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO
Crm: 21764

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



719232

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 719232

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 719232
-----------------------------------	-------------------------------------

22/04/2022

16:14

AT: 719232
US: SANDRA
Idade: 8

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 10454099	9 - Validade da Carteira 22/04/2022	10 - Nome JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 93741346000121	14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA
---	---

15 - Nome do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 21764	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 22/04/2022	23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA TNZ ESQ
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1	1
22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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 Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
22/04/2022	16:14		22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1				R\$ 95,97	R\$ 95,97
22/04/2022	16:30		22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1				R\$ 37,01	R\$ 37,01

SANDRA
SANDRA

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

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
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	43	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
			9 - ____/____/____
			10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa	
---------------------------------	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 132,98	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\$) R\$ 132,98
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Data Atendimento: 22/04/2022 / 16:14

Registro ID: 753077

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO

ALINE



719232

719232

Paciente: 753077 JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO ()

Sexo: M

Data Nasc.: 28/03/2014 Idade: 8 anos, RG: 6129382344

CPF: 046.006.410-00

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 001

Validade: 22/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM

Local:

Profissão: CRIANÇA

Fone: 51 9 9462-7271

Interpretações de Exames

Usuario:

TAILINE

Paciente:
JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO

HDA - História da doença atual / Exame físico:

REFERE TORÇÃO TNZ ESQ.

RX FRAGMENTO DISTAL NO MAL. LAT. (ARRANCAMENTO)

CD ROBOFOOT

RET 2 SEM P RX

FRAGMENTO DISTAL DO MALÉOLO LATERAL
(ARRANCAMENTO) NO TORNOZELO ESQUERDO.

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA

CRM: 24669

Exames Radiológico

40804089 - RAO X DE TORNOZELO

Qtde: 1

Esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA TNZ ESQ

Conduta:

CONSULTA

Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764

Assinatura Medico
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO

Crm: 21764

Horário do retorno

Retorno Dia

Nome ⓘ

Rose

Telefone ⓘ

(51) 99840-7616

Nome

Mari

Telefone

(51) 99840-7616

Nome de quem prestou primeiros socorros

Data que procurou assistência médica ⓘ

22/04/2022

Local onde será atendido ⓘ

Atendimento no próprio estabelecimento

Atendimento particular

☐

Observações ⓘ

O aluno foi atendido pela monitoria que o trouxe carregado até a sala da orientação escola.

Este formulário deve ser enviado a Clínica Adventista de Porto Alegre, pelo prestador, juntamente com as contas do atendimento, relatório detalhado do atendimento, notas fiscais 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.rs@clinicaadventista.org.br |
portoalegre.clinicaadventista.org.br

Limpar campos

Deletar autorização

Salvar / Imprimir

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Esteio
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **02/09/2021**

Nome: **João Pedro Rodrigues Caetano (4099)**

Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental**

Turma: **EF3TA**

Sexo: **F**

Data Nascimento: **28/03/2014**

Nacionalidade: **Brasileira**

Turno: **T**

Naturalidade: **Canoas**

UF: **RS**

Estado Civil: **Solteiro**

Endereço: **Rua Nova Trento, 164**

Complemento: **1**

Bairro: **Centro**

Cidade: **Esteio**

UF: **RS** CEP: **93260-210**

Cert. Nascimento: **10169101552014100362029007807261**

Cert. Nascimento Livro:

Cert. Nascimento Folha:

Cert. Nascimento Termo: **10169101552014100362029007807261**

Cert. Nascimento Cartório: **Cartório de Registros Conceição Dias de Andrade**

Cert. Nascimento Cidade: **Canoas**

Cert. Nascimento UF: **RS**

Identidade: **6129382344**

O. Exp: **SSP**

UF: **RS**

Data: **11/02/2015**

CPF: **046006410-00** INEP **169068648747**

E-Mail:

Cor/ Raça: **Branca**

Religiao: **Católica**

Tipo de Sangue/Fator RH: **A +**

Convênio:

Nº:

Telefones: Celular: **51991627271** |

Pode sair sozinho? **Sim**

Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **970669400-59**

Nome: **Vinicius dos Santos Caetano**

Naturalidade: **Sapucaia do Sul - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/01/1978**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **1015324286**

O. Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **11/08/2004**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua São Francisco, 76**

Complemento:

Bairro: **São José**

Cidade: **Sapucaia do Sul**

UF: **RS**

CEP: **93218-400**

Cx. Postal:

E-Mail: **viniciuscaetano78@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **5130342972** | Celular: **51998673849** |

Dados da Mãe

CPF: **003705050-85**

Nome: **Juliana Rodrigues**

Naturalidade: **Esteio - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **09/05/1984**

Estado Civil: **Separado**

Identidade: **5073292962**

O. Exp: **SSP**

UF: **RS**

Data Emissão: **25/02/2015**

Grau de Instrução: **Superior incompleto**

Endereço: **Rua Nova Trento, 164**

Complemento: **1**

Bairro: **Centro**

Cidade: **Esteio**

UF: **RS**

CEP: **93260-210**

Cx. Postal:

E-Mail: **juliana.rodrigues22@hotmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Celular: **51991627271** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **970669400-59**

Nome: **Vinicius dos Santos Caetano**

Naturalidade: **Sapucaia do Sul - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/01/1978**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **1015324286**

O. Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **11/08/2004**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua São Francisco, 76**

Complemento:

Bairro: **São José**

Cidade: **Sapucaia do Sul**

UF: **RS**

CEP: **93218-400**

Cx. Postal:

E-Mail: **viniciuscaetano78@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **5130342972** | Celular: **51998673849** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **970669400-59**

Nome: **Vinicius dos Santos Caetano**

Naturalidade: **Sapucaia do Sul - RS**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nascimento: **04/01/1978**

Estado Civil: **Solteiro**

Identidade: **1015324286**

O. Exp: **SJS**

UF: **RS**

Data Emissão: **11/08/2004**

Grau de Instrução: **Superior completo**

Endereço: **Rua São Francisco, 76**

Complemento:

Bairro: **São José**

Cidade: **Sapucaia do Sul**

UF: **RS**

CEP: **93218-400**

Cx. Postal:

E-Mail: **viniciuscaetano78@gmail.com**

Religião: **Católica**

Telefones: Comercial: **5130342972** | Celular: **51998673849** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **02/09/2021 15:23:16**

☒ Deferido ☐ Indeferido

Elizeu Batista de Oliveira
Administrador Escolar - Ato nº RG
259833125

Jonice Chagas Dalla Valle
Secretário(a) - Ato nº RG 9057146806

Autenticação:

472d2adb4b162da487b591b3c659b23e

Vinicius dos Santos Caetano

viniciuscaetano78@gmail.com

Aceite em: 02/09/2021 15:23:16

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



720166

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 720166

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 720166	28/04/2022	16:01		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 720166
US: SANDRA
Idade: 8

8 - Número da Carteira 10454099	9 - Validade da Carteira 22/04/2022	10 - Nome JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

13 - Código na Operadora 93741346000121		14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA		
---	--	---	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 21764	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DRª RONISE AMORIM RIBEIRO / 21764
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 1			22 - Data da Solicitação 28/04/2022	23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA TNZ ESQ
---	--	--	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1	1
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
28/04/2022	16:09		22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1				R\$ 37,01	R\$ 37,01

SANDRA

48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora 62130269087	51 - Nome do Profissional DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	52 - Cons. Prof. 6	53 - Número do Conselho 21764	54 - UF 43	55 - Código CBO 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
			9 - ____/____/____
			10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa	

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 37,01	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\$) R\$ 37,01
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		



Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Data Atendimento: 28/04/2022 / 16:01

Registro ID: 753077

Tipo Atendimento

RETORNO

NICOLE



720166

720166

Paciente: 753077 JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO ()

Data Nasc.: 28/03/2014 Idade: 8 anos, RG: 6129382344

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: .

Medico: DRª RONISE AMORIM

Local:

Fone: 51 9 91627271

Sexo: M

Local:

CPF: 046.006.410-00

Validade: 22/04/2022

Profissão: .

Interpretações de Exames

Paciente:

JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO

Usuario:

TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

SEGUIMENTO

REFERE DOR HÁ 1 DIA APÓS TROCAR TALA POR ROBOFOOT

AO EX REGRESSÃO DO EDEMA, EQUIMOSE LOCAL, SEM

HIPEREMIA

RX MANTÉM PADRÃO ANTERIOR

MANTENHO ROBOFOOT

IBUPROFENO POR 3 DIAS

RET. 1 SEM P AVAL.

FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO,
EM FASE DE CONSOLIDAÇÃO.

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA

CRM: 24669

Exames Radiológico

40804089 - RAO X DE TORNOZELO

Qtde: 1

Esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA TNZ ESQ

Conduta:

Assinatura Paciente

Horário do retorno

Retorno Dia

Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764

Assinatura Medico

DRª RONISE AMORIM RIBEIRO

Crm: 21764

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro Rodrigues Caetano
Nº da Carteira: 10.45.4099
Instituição: Colégio Adventista de Esteio



Data de Nascimento: 28/03/2014

Nº da Guia: 5862.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/04/2022	15:41:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

O aluno pisou em falso após saltar por cima de algumas mochilas. Na hora disse que não sentiu a dor, um pouco depois começou a sentir dor. O pé começou a inchar.

Testemunha da ocorrência

Rose

Telefone

51998407616

Local de atendimento

COT Canoas - Clínica de Ortopedia e Traumatologia LTDA.

Endereço

Avenida Victor Barreto

Nº

304
0

Bairro

Centro

Telefone

(51) 3472-1924

Motivo do Retorno

O aluno está apresentando muita dor.

Ass.:

Jader Chuaste
Vice Diretor

Jader Alves Chuaste

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 / contato@clinicaadventista.org.br

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



716979

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 716979

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 716979	07/04/2022	12:52		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 716979
US: SANDRA
Idade: 16

8 - Número da Carteira 10453148	9 - Validade da Carteira 07/04/2022	10 - Nome NATA NUNES DOS SANTOS	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

13 - Código na Operadora 93741346000121		14 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA		
---	--	---	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante DR. MAURO GOULART MACEDO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 24432	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. MAURO GOULART MACEDO / 24432
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

21 - Caráter do Atendimento 1			22 - Data da Solicitação 07/04/2022	23 - Indicação Clínica 0 - SUSPEITA DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS
---	--	--	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1	1
22	40803031	RAIO X DE COSTELAS - POR HEMITORAX	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
SANDRA

29 - Código na Operadora 93741346000121	30 - Nome do Contratado COT CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	31 - Código CNES 3670066
---	---	------------------------------------

32 - Tipo de Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 2	34 - Tipo de Consulta 1	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 Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Red/Acr	46 - Valor Unit. (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
07/04/2022	12:52		22	10101012	CONSULTA COM ORTOPEDISTA	1				R\$ 95,97	R\$ 95,97
07/04/2022	13:24		22	40803031	RAIO X DE COSTELAS - POR HEMIT	1				R\$ 42,30	R\$ 42,30

SANDRA
SANDRA

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
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		
		88238997020	DR. MAURO GOULART MACEDO	6	24432	43	225270		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
			9 - ____/____/____
			10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa					
---------------------------------	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 138,27	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\$) R\$ 138,27
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		



Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Data Atendimento: 07/04/2022 / 12:52

Registro ID: 752787

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO

ALINE



716979

716979

Paciente: 752787 NATA NUNES DOS SANTOS ()
Data Nasc.: 25/08/2005 Idade: 16 RG: 1129402937
Convenio: AMA-ADVENTISTA Matricula: 10453148
Medico: DR. MAURO GOURLAT Local:
Fone: 51 9 9711-9342

Sexo: M
Local:
CPF: 047.193.860-24
Validade: 07/04/2022
Profissão: ESTUDANTE
Interpretações de Exames

Paciente: NATA NUNES DOS SANTOS
Usuario: TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:
SUSPEITA DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS

FRATURA DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS.

Exames Radiológico

40803031 - RAO X DE COSTELAS - POR Qtde: 1

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Hipótese Diagnóstica:

SUSPEITA DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS ESQUERDOS

Conduta:

CONSULTA

Assinatura Paciente

Assinatura Medico
DR. MAURO GOURLAT MACEDO
Crm: 24432

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Natã Nunes dos Santos
Nº da Carteira: 10.45.3148
Instituição: Colégio Adventista de Esteio

Data de Nascimento: 25/08/2005

Nº da Guia: 5661

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2022	11:56:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Torax

Descrição

- O aluno chocou-se com outro colega em um "jogo de corpo" durante uma partida de futebol. Após o corpo esfriar, já na sala de aula, o mesmo começou a sentir dor intensa na região das costelas.

Testemunha da ocorrência

Moacir Lima da Silva

Antônio dos Santos Neto

Telefone

(51) 98522-8513

(51) 3051-3263

Quem prestou primeiros socorros

Na Hora Não Foi Necessário

Data

07/04/2022

Local de atendimento

COT Canoas - Clínica de Ortopedia e Traumatologia LTDA.

Endereço

Avenida Victor Barreto

Nº

304
0

Bairro

Centro

Telefone

(51) 3472-1924

Observações

Foi colocado gelo na região da dor. Em caso de a dor continuar, o aluno será levado ao médico.

Ass.:

Jader Chuaste
Vice Diretor

Jader Alves Chuaste

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 / portalegre.clinicaadventista.org.br