

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: 12612

Sex, 17 jun 2022 15:59:11

720428 - GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 02/05/2022	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\$ 0,00	R\$ 38,57
721489 - GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 09/05/2022	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\$ 0,00	R\$ 38,57
723534 - GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 23/05/2022	Documento:
Matricula: 5858					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 30,02	R\$ 21,00	R\$ 44,20	R\$ 23,00	R\$ 110,00	R\$ 237,22
721405 - JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 06/05/2022	Documento:
Matricula: 10454099					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
722487 - JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 13/05/2022	Documento:
Matricula: 10454099					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 37,67	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 37,67
722583 - LAUREN VIEIRA MINETTO		Medico: DRª RONISE AMORIM		Data: 16/05/2022	Documento:
Matricula: 10454605					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 37,07	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 110,00	R\$ 147,07
723413 - VICTOR SHINJI HOSHIBA KLUG PIMENTEL		Medico: DR. MAURICIO BARBOSA		Data: 20/05/2022	Documento:
Matricula: 10454679					
Total Exames	Total Procedimentos	Total Materiais	Total Taxas	Total Consultas	Total Geral
R\$ 37,67	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 110,00	R\$ 147,67

Total Materiais:	R\$ 44,20	Total Geral:
Total Taxas:	R\$ 23,00	R\$ 757,36
Total Exames:	R\$ 229,16	
Total Procedimentos:	R\$ 21,00	
Total Consultas:	R\$ 440,00	
Total Laudos:	7	

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



720428

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **720428**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **720428**

02/05/2022

09:05

AT: 720428
US: SANDRA
Idade: 8

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido 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 **2** 22 - Data da Solicitação **02/05/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA ANTEBRAÇO**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	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\$)
02/05/2022	09:25		22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1				R\$ 38,57	R\$ 38,57

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\$ 38,57** 60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$ 38,57**

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



Data Atendimento: 02/05/2022 / 09:05

Registro ID: 753096

Tipo Atendimento
RETORNO



720428

720428

Clinica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Paciente: 753096 GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA ()

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

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 5858

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Fone: 051 -981598843 51 9 81598843

Sexo: M

CPF: 059.217.550-28

Local:

Validade: 25/04/2022

Profissão: .

Interpretações de Exames

Paciente:

Usuario:

GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA

TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

SEGUIMENTO

RX ALINHADO

RET.1 SEM P RX

VER TROCA DE GESSO QDO 30 DIAS

FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO,
ALINHADO.

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803104 - RAIO X DE ANTEBRAÇO

Qtde: 1

Esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA ANTEBRAÇO

Conduta:

Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 21764

Gabriel S. Barros N. de Silva
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 RETORNO

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: 5858.002

Data do Retorno	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

Andréia Meier

Telefone

(51) 98061-7190

Quem prestou primeiros socorros

Rosemari Teixeira e Teixeira

Data

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

Motivo do Retorno

Solicitação do médico para o dia 02/05.

Ass.:


Jader Alves Chuaste
Vice Diretor

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 / portolegre.clinicaadventista.org.br

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



721489

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **721489**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 721489	09/05/2022	10:04		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		

AT: 721489
US: SANDRA
Idade: 8

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
---------------------------------------	---	--	-------------------------------	-----------------------------------

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 2			22 - Data da Solicitação 09/05/2022	23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA ANTEBRAÇO
---	--	--	---	--

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	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
---------------------------------------	---	-----------------------------------	--

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\$)
09/05/2022	10:32		22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1				R\$ 38,57	R\$ 38,57

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 - ___/___/___	2 - ___/___/___	3 - ___/___/___	4 - ___/___/___	5 - ___/___/___	6 - ___/___/___	7 - ___/___/___	8 - ___/___/___	9 - ___/___/___	10 - ___/___/___

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

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 38,57	60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$ 38,57
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

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

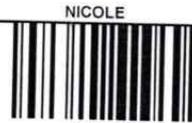


Data Atendimento: 09/05/2022 / 10:04

Registro ID: 753096

Tipo Atendimento

NOVO AT



721489

721489

Clinica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Paciente: 753096 GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA ()

Sexo: M

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

CPF: 059.217.550-28

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 5858

Validade: 25/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Profissão: .

Fone: 51 9 81598843

Interpretações de Exames

Paciente: GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA

Usuario: TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

RX ALINHADO

RET. 2 SEM P RX SEM GESSO

FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO,
ALINHADO.

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803104 - RAIO X DE ANTEBRAÇO

Qtde: 1

Esquerdo

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA ANTEBRAÇO

Conduta:

CONSULTA

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: 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: 5858.003

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

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: **escada**)

Partes do corpo

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

Andréia Meier

Telefone

(51) 98061-7190

Quem prestou primeiros socorros

Rosemari Teixeira e Teixeira

Data

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

Motivo do Retorno

Solicitação médica para o dia 09/05.

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



723534

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **723534**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **723534**

23/05/2022 09:52

AT: 723534
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 **2** 22 - Data da Solicitação **23/05/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA ANTEBRAÇO**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30712017	AXILO-PALMAR OU PENDENTE	1	1
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

SANDRA
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\$)
23/05/2022	16:29		22	30712017	AXILO-PALMAR OU PENDENTE	1				R\$ 21,00	R\$ 21,00
23/05/2022	17:54		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00
23/05/2022	09:53		22	40803104	RAIO X DE ANTEBRAÇO	1				R\$ 39,02	R\$ 39,02

SANDRA
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 - ____/____/____ 9 - ____/____/____
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 170,02** 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) **R\$ 23,00** 61 - Total de Materiais (R\$) **R\$ 44,20** 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) **R\$ 237,22**

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

Guia de Outras Despesas

GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA

AMA-ADVENTISTA

723534

1 - Registro Ans

999999

2 - N° Guia Referencia

723534

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 Mediciniais 2-Medicamentos 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-CD	7-Data	8-Hora de Inicio	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde	13-%Red.?Acresc.	14-Valor Unitário - R\$	15-Valor Total - R\$
4	23/05/2022	09:52	09:52	18	60022256	1	0	R\$ 15,00	R\$ 15,00
16-Descrição TX. SALA DE GESSO									
4	23/05/2022	09:52	09:52	18	60021527	1	0	R\$ 8,00	R\$ 8,00
16-Descrição TX. EXPEDIANTE ADMINISTRATIVO									
3	23/05/2022	09:52	09:52	19	70861900	40	0	R\$ 0,05	R\$ 1,80
16-Descrição MALHA TUBULAR ALGODAO 08CMX25MT F08150									
3	23/05/2022	09:52	09:52	0	0000130569	4	0	R\$ 3,71	R\$ 14,83
16-Descrição ATADURA ORTOPEDICA 12CMX1,8MT 12UNID 156.843									
3	23/05/2022	09:52	09:52	0	0000044212	5	0	R\$ 5,50	R\$ 27,50
16-Descrição ATADURA GESSADA 15 CM									
3	23/05/2022	09:52	09:52	0	0000015215	1	0	R\$ 0,07	R\$ 0,07
16-Descrição GAZE ATADURA 08 CM									

17-Total Gases Mediciniais R\$	18-Total Medicamentos R\$	19-Total Materiais R\$	20-Total Taxas Div.	21-Total Diarias R\$	22-Total Alugueis R\$	23-Total Geral R\$
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 44,20	R\$ 23,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 67,20



Data Atendimento: 23/05/2022 / 09:52

Registro ID: 753096

Tipo Atendimento

retorno



723534

723534

Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Paciente: 753096 GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA ()

Sexo: M

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

CPF: 059.217.550-28

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 5858

Validade: 25/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Profissão: .

Fone: 51 9 81598843

Interpretações de Exames

Paciente:
GABRIEL BARROSO NUNES DA SILVA

Usuario:
TAILINE

FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO,
EM FASE DE CONSOLIDAÇÃO.

HDA - História da doença atual / Exame físico:

SEGUIMENTO
RX EM CONSOLIDAÇÃO
RET. 2 SEM P/ NOVO RX E VER MOBILIZAÇÃO
OBS PAC. COM RESTRIÇÃO NA EXTENSÃO DO 5 QDE, DEDO EM
GATILHO?
SOLICITAR ECO QDO RETIRAR GESSO
MOBILIZAR DEDO EM CASA


DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803104 - RAIOS X DE ANTEBRAÇO
Esquerdo

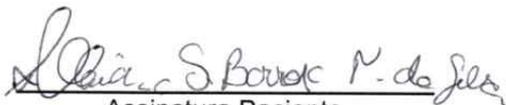
Qtde: 1

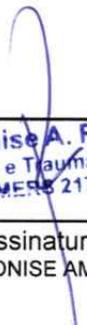
Hipótese Diagnóstica:

FRATURA ANTEBRAÇO

Conduta:

GESSO AXP


Assinatura Paciente


Dra. Ronise A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 21764

Assinatura Medico
DRª RONISE AMORIM RIBEIRO

Crm: 21764

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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: 5858.004

Data do Retorno	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

Motivo do Retorno
Solicitação médica para dia 23/05.

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 / central@clinicaadventista.org.br

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



721405

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **721405**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **721405**

06/05/2022 17:03

AT: 721405
US: SANDRA
Idade: 8

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido 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 **2** 22 - Data da Solicitação **06/05/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA TNZ ESQ**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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 **04** 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\$)
06/05/2022	17:03		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00

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\$ 110,00** 60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$ 110,00**

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



Data Atendimento: 06/05/2022 / 17:03

Registro ID: 753077

Tipo Atendimento

NOVO AT

ALINE



721405

Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

721405

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: .

Validade: 22/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Profissão: .

Fone: 99 - 1627271

Paciente:
JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANO

Usuario:
TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

RETORNA COM MELHORA DO EDEMA. NEGA DOR
MANTENHO ROBOFOOT E LIBERO CARGA.
PERMITIDO RETIRAR PARA MOBILIZAR EM CASA.
RET. 1 SEM PARA RX E VER FISIOT.

Exames Radiologico

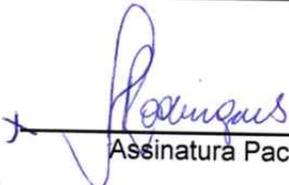
Hipótese Diagnóstica:

FRATURA TNZ ESQ

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 _____

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: 5862.002

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

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Motivo do Retorno

Solicitação médica para o dia 06/05.

Ass.:


Jader Chuaste
Vice Diretor

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



722487

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **722487**

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 722487
-----------------------------------	-------------------------------------

13/05/2022 **15:47**

AT: 722487
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 2	22 - Data da Solicitação 13/05/2022	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

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\$)
13/05/2022	15:57		22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1				R\$ 37,67	R\$ 37,67

SANDRA

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

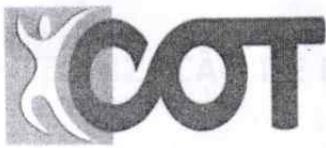
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		62130269087	DRª RONISE AMORIM RIBEIRO	6	21764	43	225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 37,67	60 - Total de Taxas e Alugueis (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\$ 37,67
---	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

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



Data Atendimento: 13/05/2022 / 15:47

Registro ID: 753077

Tipo Atendimento

RETORNO



722487

722487

Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

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: .

Validade: 22/04/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM Local: _____

Profissão: .

Fone: 51 9 91627271

Interpretações de Exames

Paciente:
JOAO PEDRO RODRIGUES CAETANOUsuario:
TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

SEGUIMENTO
NEGA DOR.
RX FRAGMENTO EM CONSOLIDAÇÃO
LIBERO ROBOFOOT
ATIVIDADE FÍSICA APÓS 15 DIAS.

FRATURA TORNOZELO ESQUERDO,
EM FASE DE CONSOLIDAÇÃO.

 DRA. CRISTINA GARCIA
 MÉDICA RADIOLOGISTA
 CRM: 24669

Exames Radiológico

40804089 - RAI X DE TORNOZELO
Esquerdo

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA TNZ ESQ

Conduta:


 Dra. Ronise A. Ribeiro
 Ortopédia e Traumatologia
 CREMERS 21764

Assinatura Paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

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: 5862.003

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	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	Telefone
Rose	51998407616

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

Motivo do Retorno

Solicitação médica para 13/05.

Ass.:


Jader Alves Chuaste
Vice Diretor

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 / portosalvador.clinicaadventista.org.br

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



722583

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador **722583**

1 - Registro ANS **999999** 3 - Número da Guia **722583**

16/05/2022 10:39

AT: 722583
US: SANDRA
Idade: 6

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **10454605** 9 - Validade da Carteira **16/05/2022** 10 - Nome **LAUREN VIEIRA MINETTO** 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 **2** 22 - Data da Solicitação **16/05/2022** 23 - Indicação Clínica **0 - FRATURA MAL. LAT.**

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	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\$)
16/05/2022	11:44		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00
16/05/2022	10:45		22	40804089	RAIO X DE TORNOZELO	1				R\$ 37,67	R\$ 37,67

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 - ____/____/____ 9 - ____/____/____
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) **R\$ 147,67** 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\$ 147,67**

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



Data Atendimento: 16/05/2022 / 10:39

Registro ID: 753258

Tipo Atendimento

NOVO AT

RAFAELAA



722583

722583

Clínica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Paciente: 753258 LAUREN VIEIRA MINETTO ()

Sexo: F

Data Nasc.: 14/07/2015 Idade: 6 anos, RG:

CPF: 815.969.950-68

Local:

Convenio: AMA-ADVENTISTA

Matricula: 10454605

Validade: 16/05/2022

Medico: DRª RONISE AMORIM Local:

Profissão: .

Fone: SMS: 51985495609 51

Interpretações de Exames

Paciente:
LAUREN VIEIRA MINETTO

Usuario:
TAILINE

HDA - História da doença atual / Exame físico:

RX MANTÉM FRAGMENTO DO MAL. LAT.
AO EX DOR LOCAL, SEM EQUIMOSE
LESÃO ANTIGA??
USAR ROBOFOOT
RET. 2 SEM E VER FISIOT.

FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO,
EM FASE DE CONSOLIDAÇÃO.

DRA. CRISTINA GARCIA
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40804089 - RAO X DE TORNOZELO

Qtde: 1

Direito

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA MAL. LAT.

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 _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Lauren Vieira Minetto
Nº da Carteira: 10.45.4605
Instituição: Colégio Adventista de Esteio



Data de Nascimento: 14/07/2015

Nº da Guia: 5915.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/04/2022	16:59:00	Playground (Ex.: parquinho)	Recreação

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava brincando no parquinho quando pisou no tênis de um colega e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Janaina Itcheno Marasca dos Santos

Telefone

(51) 99106-1493

Quem prestou primeiros socorros

Mariele Otte da Silva

Data

27/04/2022

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

Motivo do Retorno

Solicitação médica para 16/05

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 / portalegre.clinicaadventista.org.br

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



723413

AMA-ADVENTISTA - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 723413

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 723413
-----------------------------------	-------------------------------------

20/05/2022

12:48

AT: 723413
US: SANDRA
Idade: 17

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 10454679	9 - Validade da Carteira 20/05/2022	10 - Nome VICTOR SHINJI HOSHIBA KLUG PIMENTEL	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 DR. MAURICIO BARBOSA MARIN	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número do Conselho 29662	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. MAURICIO BARBOSA MARIN / 29662
--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/05/2022	23 - Indicação Clínica S600 - Contusao de dedo(s) sem lesao da unha
---	---	---

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	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\$)
20/05/2022	13:48		22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1				R\$ 110,00	R\$ 110,00
20/05/2022	12:59		22	40803120	RAIO X DE MÃO OU QUIRODACTILO	1				R\$ 37,67	R\$ 37,67

SANDRA
SANDRA

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

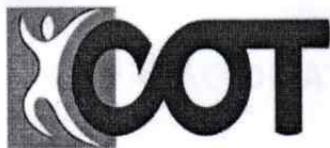
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código Operadora	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Prof.	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
		96039396091	DR. MAURICIO BARBOSA MARIN	6	29662	43	225270

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

59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 147,67	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\$ 147,67
--	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

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



Data Atendimento: 20/05/2022 / 12:48

Registro ID: 753649

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO



723413

723413

Clinica de Ortopedia, Traumatologia, Radiologia e Ecografia

Paciente: 753649 VICTOR SHINJI HOSHIBA KLUG PIMENTEL () Sexo: M
 Data Nasc.: 18/04/2005 Idade: 17 RG: 110886888 CPF: 134.459.189-29 Local: _____
 Convenio: AMA-ADVENTISTA Matricula: 10454679 Validade: 20/05/2022
 Medico: DR. MAURICIO Local: Profissão: ESTUDANTE
 Fone: 41 9 9252-1804 Interpretações de Exames

Paciente: VICTOR SHINJI HOSHIBA KLUG PIMENTEL
 Usuario: TAILINE

SEM ALTERAÇÕES OSTEOARTICULARES AO RX.

HDA - História da doença atual / Exame físico:
 PCTE COM TRAUMATISMO DE 3 QDD COM DOR ART IFP
 SOL RX SP
 C ORTESE ZIMMER

DRA. CRISTINA GARCIA
 MÉDICA RADIOLOGISTA
 CRM: 24669

Exames Radiologico
 40803120 - RAI0 X DE MÃO OU Qtde: 1
 Direito

Hipótese Diagnóstica:
 S600
 Contusao de dedo(s) sem lesao da unha

Conduta:
 CONSULTA

Assinatura Paciente

Assinatura Medico
 DR. MAURICIO BARBOSA MARIN
 Crm: 29662

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Victor Shinji Hoshiba Klug Pimentel
Nº da Carteira: 10.45.4679
Instituição: Colégio Adventista de Esteio



Data de Nascimento: 18/04/2005

Nº da Guia: 6275

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2022	11:41:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno sofreu trauma no dedo durante jogo de vôlei no recreio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Moacir Lima da Silva	(51) 98522-8513

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mariele Otte	20/05/2022

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 dedo está inchado e com dor para esticar a mão.

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