

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



309572

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 309572

1 - Registro ANS 999999	3 - Número da Guia 16/08/2023	11:52	16/08/2023	11:51
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

AT: 309572
US: KRYNSA
Idade: 16 anos, 7 meses

8 - Número da Carteira 12779	9 - Validade da Carteira 16/08/2023	10 - Nome ANA CAROLINA PIRES BUTTNER	11 - Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------	--	---	-------------------------------

Dados do Solicitante	
13 - Código na Operadora 94831252000106	14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número do Conselho 29009	18 - UF 43	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER / 29009
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/08/2023	23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 - 22	10101039	CONSULTA		
2 - 22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE METACARPANOS - REDUCAO INCRUENTA	1	1
3 - 22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1	1
4 -				
5 -				
6 -				

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 2231530
29 - Código na Operadora 94831252000106	30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA	

Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 12

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\$)
16/08/2023	11:52		22	10101039	CONSULTA		1				
16/08/2023	12:33		22	30722446	FRATURAS E/OU LUXACOES DE META		1				
16/08/2023	11:58		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO		1				

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
01	12	00567915930	LEANDRO BECKER	6	29009	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 - Data de Realização de Procedimentos em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
null		null	

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
		LEANDRO BECKER / 29009

ALEX
ALEX
ALEX

ALEXIA
ALEXIA
ALEXIA

Paciente: 152601 ANA CAROLINA PIRES BUTTNER ()
Data Nasc.: 18/12/2006 Idade: 16 RG: 9126312199
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 12779
Medico: LEANDRO BECKER Local: MAO
Fone: 51996592917

Sexo: F
CPF: 057.778.900-75 Local:
Validade: 16/08/2023
Profissão: MENOR

Interpretações de Exames

MAO OU QUIRODACTILO - Esquerdo
FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE.


CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Paciente:
ANA CAROLINA PIRES BUTTNER

Usuario:
ALEXIA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
TRAUMA 4º QDE

Exames Radiológico
40803120 - MAO OU QUIRODACTILO Qtde: 1
Esquerdo ap + p do 4

Hipótese Diagnóstica:
FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE

Procedimentos
10101039 - CONSULTA 1
30722446 - FRATURAS E/OU LUXACOES DE 1
METACARPÍANOS - REDUÇÃO INCRUENTA

Conduta:
CONSULTA
TALA METÁLICA


Dr. Leandro E. Becker
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 29009 - ROF 29109


Assinatura Paciente

Assinatura Médico
LEANDRO BECKER
Crm: 29009

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

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



2 - N° Guia no Prestador 310778

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia		29/08/2023		11:22		29/08/2023		11:22		AT: 310778 US: KRYNSA Idade: Idade: 16 -															
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																					
Dados do Beneficiário												11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN														
8 - Número da Carteira 12779		9 - Validade da Carteira 29/08/2023		10 - Nome ANA CAROLINA PIRES BUTTNER								N															
Dados do Solicitante												20 - Assinatura do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER / 29009															
13 - Código na Operadora 94831252000106				14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA				18 - UF 43		19 - Código CBO 225270																	
15 - Nome do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER				16 - Conselho Profissional 6		17 - Número do Conselho 29009																					
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Iens Assistenciais Solicitados																											
21 - Caráter do Atendimento E		22 - Data da Solicitação 29/08/2023		23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE								27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.													
24 - Tabela		25 - Código Procedimento		26 - Descrição																							
1 - 22		10101039		CONSULTA								1		1													
2 - 22		30711010		IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO								1		1													
3 - 22		40803120		MAO OU QUIRODACTILO																							
4 -																											
5 -																											
6 -																											
Dados do Contratado Executante												31 - Código CNES 2231530															
29 - Código na Operadora 94831252000106				30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA																							
Dados do Atendimento																											
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				34 - Tipo de Consulta 5		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\$)					
29/08/2023		11:22						22 10101039		CONSULTA		1															
29/08/2023		12:05						22 30711010		IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ		1															
29/08/2023		11:54						22 40803120		MAO OU QUIRODACTILO		1															
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)														52 - Cons. Prof. 6		53 - Número do Conselho 29009		54 - UF 43		55 - Código CBO 225270							
48 - Seq Ref.				49 - Grau Part.				50 - Código Operadora				51 - Nome do Profissional LEANDRO BECKER															
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série														57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		5 -		7 -		9 -							
1 -				3 -				5 -		7 -		9 -															
2 -				4 -				6 -		8 -		10 -															
58 - Observação / Justificativa																											
SEGUIMENTO 0 FRATURA DA BASE DA FALANGE ME DIA DO 4º QDE																											
59 - Total de Procedimentos (R\$)				60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				61 - Total de Materiais (R\$)				62 - Total de OPME (R\$)				63 - Total de Medicamentos (R\$)				64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado LEANDRO BECKER / 29009																			

ALEX
ALEX
ALEX

ALEXIA
ALEXIA
ALEXIA



310778

310778

Paciente: 152601 ANA CAROLINA PIRES BUTTNER ()
Data Nasc.: 18/12/2006 Idade: 16 RG: 9126312199
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 12779
Medico: LEANDRO BECKER Local: MAO
Fone: 51996592917

Sexo: F

CPF: 057.778.900-75

Local:

Validade: 29/08/2023

Profissão: MENOR

Interpretações de Exames

Paciente:
ANA CAROLINA PIRES BUTTNER

Usuario:
ALEXIA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
SEGUIMENTO

MAO OU QUIRODACTILO - Esquerdo
CONTROLE DE FRATURA DA BASE DA FALANGE
MÉDIA DO 4º QDE.


CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803120 - MAO OU QUIRODACTILO
Esquerdo ap + p do 4

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

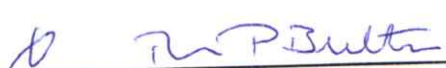
FRATURA DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE

Procedimentos

10101039 - CONSULTA 1
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1
QUALQUER SEGMENTO

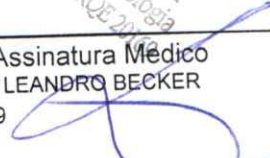
Conduta:

CONSULTA
TALA METÁLICA


Assinatura Paciente

Horário do retorno

Retorno Dia


Assinatura Médico
LEANDRO BECKER

Crm: 29009



308067

308067

Paciente: 151982 FILIPE GIACOMINI BEHN ()

Sexo: M

Data Nasc.: 25/04/2009 Idade: 14

RG: 1052175872 PAI

CPF: 111.111.111-11

Local:

Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS

Matricula: 9403057

Validade: 11/07/2023

Medico: LEONARDO CROSSI

Local: TORNOZELO

Profissão: MENOR

Fone: 51 98926-0086

Paciente:
FILIPE GIACOMINI BEHN

Usuario:
ANA LUIZA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
TORÇÃO, DOR +EDEMA

Exames Radiológico

Hipótese Diagnóstica:
ENTORSE TORNOZELO D

Procedimentos

10101039 - CONSULTA 1
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1
QUALQUER SEGMENTO

Conduta:

CONSULTA

IMOB TORNOZELO

CALOR EXERCICIOS

Simone A. Giacomini Behn
Assinatura Paciente

Dr. Leonardo Crossi
CREMERS 17714

Assinatura Medico
LEONARDO CROSSI

Crm: 17714

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Filipe Giacomini Behn
Nº da Carteira: 9.40.3057
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 25/04/2009

Nº da Guia: 12363.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/08/2023	11:04:57	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito

Descrição

O professor encaminhou aluno pois torceu pé.

Testemunha da ocorrência

Cristiano Morelles

Cristiano Morelles

Telefone

(51) 98479-1595

(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros

Cristiano Morelles

Data

11/07/2023

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

Revisão

COLÉGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111 ☎

CNPJ: 87.115.838/0003-70

E-mail: cach.acsr@educadventista.org.br

Ass.: _____

Sandra Camila Valerio Flores

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

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



308269

2 - N° Guia no Prestador 308269

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia		02/08/2023 17:04		02/08/2023 17:03		AT: 308269 US: ALEXIA Idade: Idade: 16 -	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário				11 - Cartão Nacional de Saúde				12 - Atendimento RN	
8 - Número da Carteira 9402252		9 - Validade da Carteira 02/08/2023		10 - Nome KAUA DA SILVA CONSTANTE					
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA					
13 - Código na Operadora 94831252000106		15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO MARCOS SKONIESKI		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número do Conselho 13466		18 - UF 43	
						19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
21 - Caráter do Atendimento E		22 - Data da Solicitação 02/08/2023		23 - Indicação Clínica S66 - Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao					
24 - Tabela 22		25 - Código Procedimento 10101039		26 - Descrição CONSULTA				27 - Qtde. Solic. 1	
1 -								28 - Qtde. Aut. 1	
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
6 -									
Dados do Contratado Executante								31 - Código CNES 2231530	
29 - Código na Operadora 94831252000106		30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA							
Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 5		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
36 - Data 02/08/2023		37 - Hora Inicial 17:04		38 - Hora Final		39 - Tabela 22		40 - Código Procedimento 10101039	
						41 - Descrição CONSULTA		42 - Qtde 1	
								43 - Via	
								44 - Tec.	
								45 - Red/Acr	
								46 - Valor Unit. (R\$)	
								47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)								52 - Cns. Prof.	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código Operadora		51 - Nome do Profissional JOAO MARCOS SKONIESKI		53 - Número do Conselho 13466	
								54 - UF 43	
								55 - Código CBO 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série									
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -	
FOR BANDA S66 Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao									
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
								64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
								65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466		69 - Assinatura do Profissional Solicitante JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466			

ALEXI

ALEXIA



Data Atendimento: 02/08/2023 / 17:03

Registro ID: 114895

Tipo Atendimento
1º ATENDIMENTO



308269

308269

Paciente: 114895 KAU DA SILVA CONSTANTE ()
Data Nasc.: 24/12/2006 Idade: 16 RG: -
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 9402252
Medico: JOAO MARCOS Local: MAO
Fone: 51 985458073

Sexo: M
CPF: 602.245.660-67 Local: _____
Validade: 02/08/2023
Profissão: MENOR

Paciente:
KAU DA SILVA CONSTANTE

Usuário:
ALEXIA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
POR BATIDA

Exames Radiologico

Hipótese Diagnóstica:

Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao

Procedimentos

10101039 - CONSULTA

1

Conduta:

CONSULTA

ALTA

EXERCICIOS

João Marcos Skonieski
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 13466 - TEOT 4368


Assinatura Paciente

Assinatura Medico
JOAO MARCOS SKONIESKI

Crm: 13466

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Kauã da Silva Constante
Nº da Carteirinha: 9.40.2252
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 24/12/2006

Nº da Guia: 12051.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/08/2023	08:03:56	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava jogando basquete e a bola bateu em seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tatiane Sansonove Ribeiro	(51) 99296-6814
Tatiane Sansonove Ribeiro	(51) 99296-6814

Quem prestou primeiros socorros

Tatiane Sansonove Ribeiro

Data

26/06/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Motivo do Retorno

Revisão.

João Marcos Skonieski
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 13466 - TEOT 4368

Ass.:

Tatiane S. Ribeiro

Cristiano Morelles

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111 ☎

CNPJ: 87.115.838/0003-70

Email: cach.acsr@educadventista.org.br

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 / portaladventista.org.br

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



310307

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

2 - N° Guia no Prestador 310307

23/08/2023

16:52

1 - Registro ANS 999999 3 - Número da Guia

23/08/2023

16:53

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

AT: 310307

US: ANA LUIZA

Idade: Idade: 16

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9402252

9 - Validade da Carteira 07/08/2023

10 - Nome KAUA DA SILVA CONSTANTE

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 94831252000106

14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante JOAO MARCOS SKONIESKI

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número do Conselho 13466

18 - UF 43

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento E

22 - Data da Solicitação 23/08/2023

23 - Indicação Clínica

S66 - Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao

24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1 -				
2 - 22	10101039	CONSULTA	1	1
3 - 22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO		
4 -				
5 -				
6 -				

ANA L

ANA L

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 94831252000106

30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA

31 - Código CNES 2231530

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta 5

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\$)
23/08/2023	16:52		22	10101039	CONSULTA	1					
23/08/2023	16:58		22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO	1					

ANA LUIZ

ANA LUIZ

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código Operadora

51 - Nome do Profissional JOAO MARCOS SKONIESKI

52 - Cons. Prof. 6

53 - Número do Conselho 13466

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

58 - Observação / Justificativa

POR TORC A O S66 Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466

JOAO MARCOS SKONIESKI / 13466

Paciente: 114895 KAU DA SILVA CONSTANTE ()
Data Nasc.: 24/12/2006 Idade: 16 RG: 9129903309
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 9402252
Medico: JOAO MARCOS Local: MAO
Fone: 51 985458073

Sexo: M
CPF: 602.245.660-67 Local:
Validade: 07/08/2023
Profissão: MENOR

Interpretações de Exames

Paciente:
KAU DA SILVA CONSTANTE

Usuario:
ANA LUIZA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
POR TORÇÃO

MAO OU QUIRODACTILO - Esquerdo
NÃO HÁ SINAIS DE LESÃO ÓSSEA DE ORIGEM
TRAUMÁTICA RECENTE.


CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico
40803120 - MAO OU QUIRODACTILO
Esquerdo

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

Traumatismo de musculo e tendao ao nivel do punho e da mao

Procedimentos

10101039 - CONSULTA

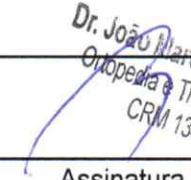
1

Conduta:

CONSULTA
RX MÃO ESQ


Assinatura Paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____


Dr. João Marcos Skonieski
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13466
Assinatura Medico
JOAO MARCOS SKONIESKI
Crm: 13466

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Kauã da Silva Constante
Nº da Carteirinha: 9.40.2252
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 24/12/2006

Nº da Guia: 12051.008



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/08/2023	10:03:24	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava jogando basquete e a bola bateu em seu dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tatiane Sansonove Ribeiro	(51) 99296-6814
Tatiane Sansonove Ribeiro	(51) 99296-6814

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tatiane Sansonove Ribeiro	26/06/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno
Exame de RX

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111

CNPJ: 07.115.838/0003-70

Email: cach.acsr@educadventista.org.br

Dr. João Marcos Sironi
Ass.:
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13466

Tatiane S. Ribeiro

Cristiano Morelles

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 / nortolegre.clinicaadventista.org.br



Data Atendimento: 25/08/2023 / 16:41

Registro ID: 142907

Tipo Atendimento

1º ATENDIMENTO



310548

310548

Sexo: F

Local:

CPF: 870.129.950-68

Validade: 25/08/2023

Profissão: MENOR

Paciente: 142907 LUIZA ROBERTI BARRUFI ()
Data Nasc.: 16/12/2008 Idade: 14 RG: 1124965359
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 13042
Medico: JOEL CRISTIANO Local: PE
Fone: 51 989469831

Interpretações de Exames

Paciente:
LUIZA ROBERTI BARRUFI

Usuario:
ALEXIA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
TRAUMA TORNOZELO ESQ E PÉ ESQ

PE OU PODODACTILO - Esquerdo
NÃO HÁ SINAIS DE LESÃO ÓSSEA DE ORIGEM
TRAUMÁTICA RECENTE.

TORNOZELO
NÃO HÁ SINAIS DE LESÃO ÓSSEA DE ORIGEM
TRAUMÁTICA RECENTE.

CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40804097 - PE OU PODODACTILO	Qtde: 1
Esquerdo	
40804089 - TORNOZELO	Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

LESAO LIG AG TORNOZELO ESQ

Procedimentos

10101039 - CONSULTA	1
30728134 - LESÕES LIGAMENTARES	1
AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - - Só	
Honorário Só Honorário	

Conduta:

CONSULTA
LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO
TORNOZELO - - Só Honorário Só Honorário

Dr. Joel Westphal Correa
Traumatologista e Ortopedista
CRM 28033 ROR 19740

Assinatura Paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

Assinatura Medico
JOEL CRISTIANO WESTPHAL CORREA
Crm: 28033

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Roberti Barrufi
Nº da Carteirinha: 9.40.2322
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha



Data de Nascimento: 16/12/2008

Nº da Guia: 13042

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/08/2023	16:17:00	Escada	Em deslocamento

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava descendo escadas e torceu pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	25/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O monitor encaminhou para setor disciplina que atendeu a aluna e ligamos para o responsável para levar ao medico.

Ass.:

Cristiano Morelles

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA
PARECER CEEE 102/97
Rua Antonio Bastos, 291 - Vila Regina
Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS
Fone: (51) 3111-1111
CNPJ: 87.115.838/0003-70
Email: cach.acsi@educadventista.org.br

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 / nortalegre.clinicaadventista.org.br



Data Atendimento: 25/08/2023 / 11:07

Registro ID: 152765

Tipo Atendimento
1º ATENDIMENTO

310493

310493

Paciente: 152765 MATEUS DE SOUZA CARDOSO ()

Data Nasc.: 15/07/2010 Idade: 13

RG: 1119985255

CPF: 036.657.020-03

Sexo: M

Local:

Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS

Matricula: 03665702003

Validade: 25/08/2023

Medico: AUGUSTO MEDAGLIA

Local: MAO

Profissão: MENOR

Fone: 51-998593084

Interpretações de ExamesPaciente:
MATEUS DE SOUZA CARDOSOUsuario:
KRYRNAHDA - História da doença atual / Exame físico:
ENTORSE POLEGAR ESQMAO OU QUIRODACTILO - Esquerdo
NÃO HÁ SINAIS DE LESÃO ÓSSEA DE ORIGEM
TRAUMÁTICA RECENTE.
CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669**Exames Radiologico**40803120 - MAO OU QUIRODACTILO
Esquerdo POLEGAR

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

Entorse e distensao do(s) dedo(s)

Procedimentos10101039 - CONSULTA 1
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1
QUALQUER SEGMENTO**Conduta:**CONSULTA
IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO
Dr. Augusto Medaglia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 28087 / Unimed 84301
Assinatura PacienteAssinatura Medico
AUGUSTO MEDAGLIA

Crm: 28087

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus de Souza Cardoso
Nº da Carteirinha: 9.40.3682
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 15/07/2010

Nº da Guia: 13022



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/08/2023	10:32:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno levou bolada bolada no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	25/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O monitor encaminhou para disciplina pois bateu dedo, ligamos e encaminhamos para atendimento medico.

COLÉGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111

CNPJ: 87.115.838/0003-70

Email: cachoeirinhaeducadventista.org.br

Ass.:

Cristiano Morelles

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 / nortalegre.clinicaadventista.org.br

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



308717

2 - N° Guia no Prestador 308717

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 07/08/2023		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		AT: 308717 US: LUIZA Idade: 10 anos, 1 mês	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 9404519		9 - Validade da Carteira 07/08/2023		10 - Nome SARAH PONTES CARDOSO		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 94831252000106		14 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número do Conselho 29009	
18 - UF 43		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante LEANDRO BECKER / 29009		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/08/2023		23 - Indicação Clínica 0 - FRATURA-EPIFISIÓLISE DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º QDE	
24 - Tabela		25 - Código Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.			
22	10101039	CONSULTA				1	1				
22	30722420	FRATURAS E/OU LUX DE FAL(INTERFALANG)TTO NAO-CIRUR				1	1				
22	40803120	MAO OU QUIRODACTILO				1	1				
4 -											
5 -											
6 -											
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 94831252000106		30 - Nome do Contratado SETRAUMA SERVICOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LTDA		31 - Código CNES 2231530		32 - Tipo de Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 12		36 - Data 07/08/2023		37 - Hora Inicial 17:54		38 - Hora Final 18:36		39 - Tabela 22	
40 - Código Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA		42 - Qtde 1		43 - Via		44 - Tec.		45 - Red/Acr	
46 - Valor Unit. (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref. 01		49 - Grau Part. 12		50 - Código Operadora 00567915930		51 - Nome do Profissional LEANDRO BECKER	
52 - Cons. Prof. 6		53 - Número do Conselho 29009		54 - UF 43		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 07/08/2023		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Seq. Ref. 02		59 - Grau Part. 12		60 - Código Operadora 00567915930		61 - Nome do Profissional LEANDRO BECKER		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado LEANDRO BECKER / 29009		69 - Assinatura do Profissional Solicitante	



Paciente: 152434 SARAH PONTES CARDOSO ()
Data Nasc.: 11/06/2013 Idade: 10 RG: -
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 9404519
Medico: LEANDRO BECKER Local: MAO
Fone: 51 982512972

Sexo: F
CPF: 873.484.460-00 Local: _____
Validade: 07/08/2023
Profissão: MENOR

Interpretações de Exames

Paciente: SARAH PONTES CARDOSO
Usuario: LUIZA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
TRAUMA 4o QDE

MAO OU QUIRODACTILO - Esquerdo
FRATURA-EPIFISIÓLISE DA BASE DA FALANGE MÉDIA
DO 4o QDE

CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Exames Radiológico

40803120 - MAO OU QUIRODACTILO Qtde: 1
Esquerdo ap + p do 4o

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA-EPIFISIÓLISE DA BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4o
QDE

Procedimentos

10101039 - CONSULTA 1
30722420 - FRATURAS E/OU LUX DE FAL 1
(INTERFALANG)TTO NAO-CIRUR

Conduta:

CONSULTA
TALA METÁLICA

Dr. Leandro E Becker
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 29009 - RQE 20169

Assinatura Paciente

Assinatura Medico
LEANDRO BECKER
Crm: 29009

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sarah Pontes Cardoso
Nº da Carteirinha: 9.40.4519
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha



Data de Nascimento: 11/06/2013

Nº da Guia: 12614

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2023	17:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O professor encaminhou aluna ao setor disciplina pois tinha batido bola no dedo e relatava muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595
Cristiano Morelles	(51) 98479-1595

Quem prestou primeiros socorros	Data
Cristiano Morelles	07/08/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
Atendemos a aluna verificamos inchaço , ligamos para o responsável e encaminhado ao atendimento medico.

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111

CNPJ: 87.115.838/0003-70

Email: cash.aesr@educadventista.org.br

Ass.: _____

Cristiano Morelles

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