

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

352222

2 - N° Guia no Prestador **352222**

ESCOLAS ADVENTISTAS - FATURADO

1 - Registro ANS 999999		3 - Número da Guia 352222		12/12/2024		12:05						
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				AT: 352222 US: SANDRA Idade: 11		
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira 9403149			9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome SOFIA VITORIA ROSSA MACHADO				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 JOAO MARCOS SKONIESKI				16 - Conselho Profissional 06		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 2		22 - Data da Solicitação 12/12/2024		23 - Indicação Clínica 0 - ENTORSE PUNHO ESQ								
24 - Tabela	25 - Código Procedimento	26 - Descrição							27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.		
22	10101039	CONSULTA							1	1		
22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO - Imobilização Provisória Punho /Mao (Infartil)							1	1		
22	40803112	PUNHO							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		
Dados do Atendimento												
32 - Tipo de Atendimento 23		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			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\$)	
12/12/2024	17:30		22	10101039	CONSULTA	1				R\$ 70,00	R\$ 70,00	
12/12/2024	12:16		22	30711010	IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQ	1				R\$ 10,50	R\$ 10,50	
12/12/2024	12:10		22	40803112	PUNHO	1				R\$ 39,39	R\$ 39,39	
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
		29085322049		JOAO MARCOS SKONIESKI				6	13466		43	0
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 TRAUMA POR BOLA- DOR												
0 - ENTORSE PUNHO ESQ												
59 - Total de Procedimentos (R\$) R\$ 119,89		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$ 26,00		61 - Total de Materiais (R\$) R\$ 18,51		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$) R\$ 164,40
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado				

Codigo de Despesas Realizadas													CD = 1 Gases Medicinais 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\$							
3		12/12/2024		12:05		12:05		19		78988624		2		0		R\$ 5,47		R\$ 10,94							
16-Descrição																									
ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNID 165.869																									
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		12/12/2024		12:05		12:05		18		60033550		1		0		R\$ 10,00		R\$ 10,00							
16-Descrição																									
TX. SALA/SESSÃO SALA PROCEDIMENTO AMBULATORIAL																									
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\$							
3		12/12/2024		12:05		12:05		19		70034664		2		0		R\$ 2,50		R\$ 5,00							
16-Descrição																									
ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT 12UNID 156.836																									
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\$							
3		12/12/2024		12:05		12:05		0		0000015215		1		0		R\$ 0,41		R\$ 0,41							
16-Descrição																									
GAZE ATADURA 08 CM																									
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\$							
3		12/12/2024		12:05		12:05		19		70799172		20		0		R\$ 0,11		R\$ 2,16							
16-Descrição																									
ESPARADRAPO 2,5CMX4,5MT C32025																									
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		12/12/2024		12:05		12:05		18		60023236		1		0		R\$ 16,00		R\$ 16,00							
16-Descrição																									
TX. SALA DE IMOBILIZACAO NAO GESSADA																									
17-Total Gases Medicinais 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\$ 18,51				R\$ 26,00				R\$ 0,00				R\$ 0,00				R\$ 44,51	



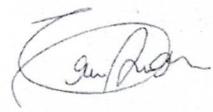
352222

Paciente: 146345 **SOFIA VITORIA ROSSA MACHADO ()**
Data Nasc.: 31/01/2014 Idade: 10 RG:
Convenio: ESCOLAS ADVENTISTAS Matricula: 9403149
Medico: JOAO MARCOS Local: PUNHO
Fone: 51 992387462

CPF: 602.352.290-40 Sexo: F
Local:
Validade: 12/12/2024
Profissão: MENOR

Interpretações de Exames

PUNHO - Esquerdo
NÃO HÁ SINAIS DE LESÃO ÓSSEA DE ORIGEM
TRAUMÁTICA RECENTE.


CRISTINA GARCIA
RADIOLOGISTA
CRM: 24669

Paciente:
SOFIA VITORIA ROSSA MACHADO

Usuario:
KRYNSA

HDA - História da doença atual / Exame físico:
TRAUMA POR BOLA- DOR

Exames Radiológico

40803112 - PUNHO
Esquerdo

Qtde: 1

Hipótese Diagnóstica:

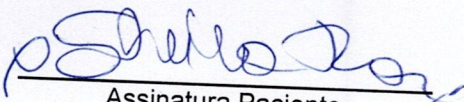
ENTORSE PUNHO ESQ

Procedimentos

10101039 - 1
30711010 - IMOBILIZACAO NAO GESSADA 1
QUALQUER SEGMENTO - Imobilização
Provisória Punho /Mao (Infartil)

Conduta:

CONSULTA
RX PUNHO ESQ
IMOBILIZACAO NAO GESSADA QUALQUER SEGMENTO -
Imobilização Provisória Punho /Mao (Infartil)
MAXSULID


Assinatura Paciente

Horário do retorno _____ Retorno Dia _____


João Marcos Skonieski
Ortopedia e Traumatologia
CREMERS 13466 - TEOT 4368
Assinatura Médico
JOAO MARCOS SKONIESKI
Crm: 13466

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Vitória Rossa Machado

Nº da Carteira: 9.40.3149

Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha

Data de Nascimento: 31/01/2014

Nº da Guia: 23961



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/12/2024	11:43:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
A bola bateu na mão	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava em atividade de ed.física e a bola bateu em sua mão, a aluna ficou com dor no pulso.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tatiane Sansonove	12/12/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Setrauma Serviços de Ortopedia e Traumatologia Ltda - NÃO ATENDE CABEÇA	Av. Frederico Augusto Rittter	111	City	(51) 3470-4566

Observações

A aluna foi atendida, comunicado ao responsável e encaminhada ao Setrauma.

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Ass.:  Fone: (51) 3111-1111

CNPJ: 87.115.838/0003-70

Tatiane Sansonove Ribeiro

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 / portoalegre.clinicaadventista.org.br