

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2021/1140

Emitida em:
08/11/2021 às 10:08:17

Competência:
08/11/2021

Código de Verificação:
3b4137e

 Logo prestador

RADICOM CENTRO DE RADIODIAGNOSTICO COMPUTADORIZADO LTDA

CPF/CNPJ: 89.515.696/0001-00

Inscrição Municipal: 02768224

AV ERICO VERISSIMO, 624, Conjunto 401 , AZENHA - Cep: 90160-180

Porto Alegre

RS

Telefone: (51)3218-2400

Email: radicom@radicom.com.br

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 15.116.763/0003-31

Inscrição Municipal: 26439328

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

R MATIAS JOSE BINS, 581, TRES FIGUEIRAS - Cep: 91330-290

Porto Alegre

RS

Telefone: Não informado

Email: Não Informado

NFS-e Substituída: 2021/1139

Discriminação do(s) Serviço(s)

RESSONÂNCIA MAGNETICA

REFERENTE AO PACIENTE:JOAO PEDRO BARBOSA SCHNEIDER

BANCO:BRABESCO 237 AG:0491 C/C:0199878-1

Código de Tributação Municipal:

40200300 / Radiologia, endoscopia, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, eletricidade médica, audiometria e congêneres.

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

4.02 / Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

4314902 / Porto Alegre

Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: Sociedade de Profissionais

Valor dos serviços:	R\$ 424,00	Valor dos serviços:	R\$ 424,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 19,72	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 424,00
Valor Líquido:	R\$ 404,28	(x) Alíquota:	-
		(=)Valor do ISS:	-

Retenções Federais:

PIS: R\$ 2,76 COFINS: R\$ 12,72 CSLL: R\$ 4,24



Prefeitura de Porto Alegre - Secretaria da Fazenda

Rua Siqueira Campos, 1300 - 4º andar - Bairro Centro Histórico - CEP: 90.010-907 - Porto Alegre RS.

Tel: 156 (opção 4) ou (51) 3289-0156 (chamadas de outras cidades)

<https://servicos.procempa.com.br>

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro Barbosa Schneider
Nº da Carteira: 8.75.7853
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 14/12/2005

Nº da Guia: 3731.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
31/08/2021	11:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Ombro Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando vôlei. Quando ele recebeu o saque do adversário, acabou caindo ao pegar bola e com isso, deslocou o ombro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora de Educação Física.	(51) 98410-5985

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Educação	31/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
RADICOM - Centro de Radiodiagnóstico Por Imagem S/s	AV. ERICO VERISSIMO	624	AZENHA	(51) 3218-2400

Motivo do Retorno

Encaminhamento Médico. Ressonância do ombro esquerdo.


A Jerônimo Ribeiro
Educação Adventista Coord. de Disciplina

Ass: _____

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

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

2- N°

1 - Registro ANS	3 - N° Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Validade da Carteira	11 - Nome	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	14 - Nome do Contratado	15 - Código CNES	16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Conselho Profissional	18 - Número no Conselho
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS					
21 - Data/Hora da Solicitação	22 - Caracter da Solicitação	23 - CHUVA	24 - Indicação clínica (obrigatório e pesquisa cirúrgica, terapia, consulta referenciada e alta curato)	25 - QI Solic.	26 - QI Autoriz.
25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	<p style="font-size: 2em; color: blue; font-family: cursive;">Joel Wesley Caldeira</p>		
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE					
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T.L.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	42 - Conselho Profissional	43 - Número no Conselho	44 - UF	45 - Código CBO S
					46 - Código CNES
DADOS DO ATENDIMENTO					
46 - Tipo Atendimento	47 - Indicação de Acidente	48 - Tipo da Salda			
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Consulta 04 - Exame 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar	0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trabalho 2 - Outros				
07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva					
CONSULTA REFERÊNCIA					
49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Hora Inicial	52 - Hora Final	53 - Hora Inicial	54 - Hora Final
A - Aguda C - Crônica	A - Anos M - Meses D - Dias				
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS					
51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código do Procedimento	56 - Descrição
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série					
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
7 -					
8 -					
9 -					
10 -					
64 - Observação					
65 - Total Procedimentos R\$					
66 - Total Materiais R\$					
67 - Total Medicamentos R\$					
68 - Total Dúvidas R\$					
69 - Total Gases Medicinais R\$					
70 - Total Geral da Guia R\$					
71 - Total Geral da Guia R\$					
72 - Data e Assinatura do Solicitante					
73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização					
74 - Data e Assinatura do Prestador Executante					

Dr. Joel Wesley Caldeira
 CRM: 20014/RS
 Traumatologia Ortopedia

Paciente: **Joao Pedro Barbosa Schineider, ID 708272**
Dados do exame: **Ac.Num. 40640, Ombro Esquerdo**
Data do exame: **10/09/2021 (aquisição)**
Requisição: **Convênio Tabela Social**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO ESQUERDO

Técnica: Exame realizado com sequências ponderadas em T1 e T2 com saturação de gordura nos planos sagital, coronal e axial, sem a utilização de meio de contraste.

Interpretação:

Moderado derrame articular.

Edema ósseo pós traumático no aspecto pósterolateral da cabeça umeral.

Ruptura/avulsão do labrum ântero superior e do periósteo.

Tendão longo do bíceps com espessura normal com leve aumento de líquido em sua bainha.

Os tendões componentes do manguito rotador são preservados.

Cartilagem da glenoide íntegra.

Bursas normodistendidas.

Articulação acromioclavicular preservada.

Não há sinais de denervação ou atrofia muscular.

Não se observam outras alterações significativas.



Dr. Luis Alberto Dávalos Cañete
Médico
CRM-RS 29416

Escaneie o código QR com a
câmera do celular para acessar
este exame.



Chave de acesso: c5c 550 6aa