



CLINICA ADVENTISTA 06/2023 - CLINICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Guia	Paciente	Data	Procedimento	Executante	Valor Proc	Valor Mat/Med/Tax	Valor Total
	Jessé Drago Pereira	28/06/2023	RM Articular (por articulação)	Medilaudos	424,00	0,00	424,00
	Joao Pedro da Rocha Cardoso	26/06/2023	RM Articular (por articulação)	Medilaudos	424,00	0,00	424,00
00	Tiago Serafim Carneiro	12/06/2023	RM Articular (por articulação)	Medilaudos	424,00	0,00	424,00

Resultados

Total de Exames:3

Total Faturado:1272,00

Total Proc: 1272,00

Total Mat/Med/Tax: 0,00

Domicílio bancário:

Banco 237 Bradesco

AG:0491

C/C:0199878-1

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2023/1303

Emitida em:
20/07/2023 às 09:51:50

Competência:
20/07/2023

Código de Verificação:
6e2d83d7

 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

Discriminação do(s) Serviço(s)

RESSONANCIA MAGNETICA
 REFERENTE AO PACIENTE:JOAO PEDRO DA ROCHA CARDOSO
 BANCO PARA DEPOSITO:
 BRADESCO 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 ATENDIMENTO



Aluno: João Pedro da Rocha Cardoso
Nº da Carteira: 8.75.8305
Instituição: Colégio Adventista de Viamão

Data de Nascimento: 11/07/2007

Nº da Guia: 12047

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/06/2023	17:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

O Aluno estava jogando basquete. Foi dá um passo para traz com a perna esquerda e com a direita torce. Foi colocado gelo e gelou.

Testemunha da ocorrência

Tíme

Telefone

00000000000000

Quem prestou primeiros socorros

Equipe ambulatorial

Data

25/06/2023

Local de atendimento

RADICOM - Centro de Radiodiagnóstico Por Imagem S/s

Endereço

AV. ERICO VERISSIMO

Nº Bairro

624 AZENHA

Telefone

(51) 3218-2400

Observações

A mãe optou fazer uso do auxílio AMA. De acordo com requerimento medico o aluno terá que fazer ressonância.

Ass.: 

Cristiano Nogueira da Silva

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

Impresso por: Cristiano Nogueira da Silva

1 de 1

26/06/2023 17:02

1 - Registro ANS 3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Data de Emissão da Guia

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9- Plano

10 - Validade da Carteira

11 - Nome João Pedro Cavaleiro

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 - Nome do Contratado

15 - Código CNES

Dados do Profissional Solicitante

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO S

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação

22 - Caracter da Solicitação E-Elétrica U-Urgencial/Emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório se Pequena Cirurgia/Terapia, consulta de referência a qual custo)

28 OI Solic. 29-Qt. Autoriz.

25- Tabela 26- Código do Procedimento 27 - Descrição

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RNM *[assinatura]*

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32-T.L.

33-34-35-L.Ogradoro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

40 - 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 - Grau de Participação

Dados do Atendimento

46-Tipo Atendimento

01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar

07- SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva

47 - Indicação de acidente

0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros

48- Tipo de Saída

1- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito

Consulta Referência

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

A-Atividade C-Cólicas A-Ações M-Meuses D-Dias

Procedimentos e Exames realizados

51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código do Procedimento	56-Descrição	57-Qtde.	58-Via	59-Fec.	60% Red. / Acresc.	61-Valor Unitário - R\$	62-Valor Total - R\$
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 -

9 - 10 -

64 - Observação *Novas*

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Materiais R\$

67 - Total Medicamentos R\$

68 - Total Disfaris R\$

69 - Total Gases Medicinais R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Gera da Guia R\$

68-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69-Data e Assinatura do Prestador Executante

Maria Clara B. Balduino
2005/08/04
CRM/RG: 136259
[Assinatura]

Paciente: JOAO PEDRO DA ROCHA CARDOSO

Convênio:

Data de Nascimento: 11/07/2007

Data do Exame: 26/06/2023

Médico Solicitante:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica de exame:

Foram obtidas imagens multiplanares nas sequências pesadas em T1 e DP com supressão de gordura, sem a administração de contraste.

Análise:

Espessamento irregular do trato iliotibial, associado a acentuado edema e infiltração dos planos musculares e adiposos entre o trato e o côndilo femoral lateral, determinando obliteração/processo inflamatório do recesso sinovial lateral femoral, aspectos compatíveis com síndrome do trato iliotibial. Translação anterior da tibia.

Fratura horizontal incompleta da metáfise do platô tibial lateral.

Áreas de edema ósseo na superfície de sustentação do côndilo femoral e borda posterior do platô tibial laterais, de aspecto contusional/impactação, provavelmente relacionado ao mecanismo de trauma (pivot shift).

Condropatia patelofemoral caracterizada por alteração do sinal e afilamento irregular difuso da cartilagem que reveste a patela e a tróclea femoral, sem erosões condrais profundas e/ou extensão subcondral.

Sinal irregular no corno posterior do menisco medial, estendendo-se às superfícies meniscais e associado a irregularidade da junção meniscocapsular, indicativo de lesão.

Menisco lateral de morfologia e sinal normais.

Ligamento cruzado anterior (LCA) mal visualizado, associado a horizontalização de suas fibras distais e edema nas partes moles adjacentes, indicativo de lesão.

Leve edema ao redor das fibras do ligamento colateral medial, podendo corresponder a estiramento.

Espessamento difuso do ligamento colateral lateral provavelmente relacionado a alteração fibrocicatrizial pós-traumática.

Ligamento cruzado posterior com intensidade de sinal e espessura normais.

Espessamento e alteração de sinal do tendão patelar, por tendinopatia, associado a edema nos planos adjacentes, por peritendinopatia.

Derrame articular com espessamento sinovial e irregularidade da gordura de Hoffa por sinovite pós-traumática.

Impressão diagnóstica:

Focos de edema no côndilo femoral e platô tibial laterais.

Fratura horizontal incompleta da metáfise do platô tibial lateral.

Lesão do menisco medial.

Lesão do ligamento cruzado anterior.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Tendinopatia e peritendinopatia patelar.

Sinovite pós-traumática.

FILE

Jose Inacio Tito Jorge Filho
CRM 215644