

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL N° 701 - SANTO ÂNGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1522257

=====

Tipo : Ambulatorio (1576220)	Entrada: 12/06/2024 22:05	Saida: 12/06/2024 22:16	LANCAMENTO:1498524/1522257
Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE	Nascimento: 08/07/2015	Idade : 9	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55984311929	SAME : 183599	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero : 261652
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia : 07/2024
Matricula : 9131479	Guia : 18593		Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL	Nota Convenio :		Protocolo :
Responsavel : 53506 PAULO FERNANDO IORCK	Situacao : Faturada		Competencia :

=====

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd. Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas							
Grupo: TAXAS							
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO							
12/06/2024	000192	98008528	OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL	TAXAS	1	3,57	3,57
						Total C.Custo :	3,57
						Total Grupo :	3,57
						Total D.Taxas :	3,57

Data	Hospital	Convenio	Descricao do MatMed	Unidade Marca	Qtd. Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: MatMed							
Grupo: MEDICAÇÃO							
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO							
12/06/2024	010008	90546776	DIPIRONA GOTAS 500MG/ML	GTS	30	0,009	0,28
						Total C.Custo :	0,28
						Total Grupo :	0,28
						Total MatMed :	0,28

Data	Hospital	Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd. Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Sadt							
Grupo: RX							
C.Custo: RADIOLOGIA							
12/06/2024	40802051	17614	COLUNA LOMBO-SACRA	RX	1	20,31	20,31
				Filme M2: 0,312	Valor:	0,00	Valor procedimento: 20,31
12/06/2024	40802035	17614	COLUNA DORSAL - 2 I	RX	1	19,48	19,48
				Filme M2: 0,24	Valor:	0,00	Valor procedimento: 19,48
12/06/2024	40802019	17614	COLUNA CERVICAL - 3	RX	1	19,47	19,47
				Filme M2: 0,13	Valor:	0,00	Valor procedimento: 19,47
						Total C.Custo :	59,26

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Total Grupo : 59,26

Total Sadt : 59,26

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO								
12/06/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00	54,00
Total C.Custo :								54,00
Total Grupo :								54,00
Total Honorarios:								54,00

Total Fatura.. : 117,11

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
MEDICAÇÃO		0,28						0,28
RX				59,26				59,26
SERVICO P	54,00							54,00
TAXAS			3,57					3,57
Total :	54,00	0,28	3,57	59,26	0,00	0,00	0,00	
Total Com Honorario : 117,11								
Total Sem Honorario : 63,11								



B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1576220 PRONTUARIO: 183599

C.N.S: 709602690637947 RG: 8277195

CPF: 05114164074

Paciente: JULIA ALMEIDA REZENDE

Nome Social: JULIA ALMEIDA REZENDE

Endereço: AV VENANCIO AIRES, 1965

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55984311929

Nascimento 08/07/2015

Idade: 8

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula:

Mãe: DAIANE DE ALMEIDA

Responsável:

Executante PAULO FERNANDO IORCK

CONVÊNIO

Data: 12/06/2024

Hora: 22:05:53

Registrante: alinesilva

Data Saída:

Hora Saída:

Motivo do Atendimento:

Hora:

Sinais Vitais: PA: FC: 102 FR: TA: SpO2 99% HGT Escala de Dor:

Situação/Queixa/Breve Histórico:

Última Consulta: Motivo:

Exames Prévios:

Medicação Usual:

Alergia:

Conduta Inicial: Avaliação:

Classificação de Risco:

Motivo (Q.P): Diagnóstico com CID:

DADOS DE FATURAMENTO PROCENDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
() 54010217 Drenagem
() 52230023 Gesso MI
() 52230015 Gesso MS
() 52250067 Infiltração
() Consulta
() 80031022 Sala de Procedimentos
() 80031030 Imobilização não Gessada
() 80031029 Imobilização Gessada
() 80031023 Observação AMB
() 80041799 Enterocisma
() 80043381 SNG
() 80043375 Curativo P
() 80043376 HGT
() 80043380 SNE
() 80043382 Sonda Reta
() 800443374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

Denise Guerin
COREN-MS 314.479 - ENF

Dipnoria 30A UO -> 2B

Assinatura e Carimbo Profissional:

Dr. Paulo Fernando Iorck
Médico
CRM-MS 53506

Diagnostico / CID:

Assinatura Paciente / Responsável:

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia Almeida Rezende
Nº da Carteirinha: 9.13.1479
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 08/07/2015

Nº da Guia: 18593

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	17:46:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Cama Elástica

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

Descrição
ela estava brincando no pula pula e bateu as costas

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lara	(33) 12-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações
ela foi atendida

Ass.:

Suellen Krammer de Carvalho

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



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Rua Matias José Bins, 581
Três Figueiras – Fone/Fax: (51) 3382-1200
CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS
clinica.portoalegre@adventistas.org.br

Nº 3029

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Julia Almeida Resende

Nº. da matrícula: 18893

Série: _____

Data da ocorrência: 12/06/24

Razão do reembolso: _____

- ☐ Não existe clínica credenciada
☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada
☐ A clínica credenciada não pode atender
☐ Livre escolha
☐ Reembolso com despesas de transporte (táxi)

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Segue(m) anexo(a)(s) nota(s) fiscais do atendimento médico e/ou o recibo do taxista que efetuou o transporte, no valor total de

R\$ _____ (_____)

Local: Sto Angelo

Data: 12/06/24

Nome: _____

Assinatura: [assinatura]

** Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 5 dias após a chegada do formulário com a documentação completa na Clínica Adventista de Porto Alegre.*

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Data do Recebimento ____/____/____

Autorizo o reembolso de R\$ _____ referentes ao atendimento acima descrito.

Administrador _____

Data: ____/____/____

Em caso de dúvida/emergência ligar para 0xx51 8106-8736

Em caso de qualquer emergência ligar para 0800 8100-8130

Administrador:

Data:

Valor do reembolso de R\$ _____ referente ao atendimento acima descrito.

Data do Recebimento:

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

complete na Clínica Adventista de Porto Alegre

*Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 2 dias após a chegada do paciente com a documentação

Assinatura:

Nome:

Data:

Local:

R\$

transporte no valor total de

segundo(m) voo(s)(s) nota(s) fiscal do atendimento médico e/ou o recibo do taxi(s) que efetuar o do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento

☐ Reembolso com despesas de transporte (taxi)

☐ Livre escolha

☐ A clínica credenciada não pode atender

☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada

☐ Não existe clínica credenciada

Razão do reembolso:

Data da ocorrência:

Nº da matrícula:

Setor:

Nome do Aluno:

Instituição/Escola:



PORTO ALEGRE
ADVENTISTA DE
CLÍNICA

clínica.portoalegre@adventistas.org.br
CEP 91330-380 - Porto Alegre
Rua Engenheiro - Fone/Fax: (51) 3383-1300
Rua Maria José, 281

Nº

3050

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
REQUISIÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIO

Nº Requisição : 486633

Data Requisição : 12/06/2024

Nº Atendimento : 1576220

Data Atendimento :

Idade : 8

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

Médico : (53506)PAULO FERNANDO IORCK

Convênio : (30)CLINICA ADVENTISTA

Unidade : (011)PA (NÃO COVID)

Centro de Custos : (79-5)PRONTO ATENDIMENTO



486633

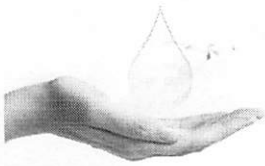
Observação :

MatMed	Descrição MatMed	Und.	Quantidade	Fornecido
010008(F)	DIPIRONA GOTAS 500MG/ML	GTS	30	_____
022511	SERINGA DOSADORA P/MOVIMENTO 3ML	UN	1	_____

Digitado por egodoy
Liberado por _____

Entregue : _____

Recebido : _____



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
JULIA ALMEIDA REZENDE	08/07/2015	183599

Num. Atendimento : 1576220

Médico Responsável : CRM(53506) - PAULO FERNANDO IORCK

Evolução Em : 12/06/2024 22:15:14 Por : DENISE GUERIN

JULIA DE 8 ANOS DE IDADE ACOMPANHADA DA AME ONDE A MESAM RELARA QUE SU FILHA CAIU DO PULA PULA NA ESCOLA DOR NA REGIÃO LOMBAR

Evolução Em : 12/06/2024 22:54:45 Por : PAULO FERNANDO IORCK

queda do pula pula, refere dor na regioao de coluna lombar
nega alergias

solicito rx

Evolução Em : 12/06/2024 23:07:23 Por : ELIANA G MORAES

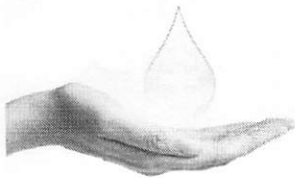
PACIENTE AVALIADA PELO DRJ PAULO QUE SOLICITA RX DE COLUNA + DORSAL + LOMBO-SACRA, JA REALIZADO , MEDICADA CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO.

Evolução Em : 13/06/2024 01:09:57 Por : ELIANA G MORAES

PACIENTE REAVALIADA PELO DRº PAULO E LIBERADA CONFORME CONDUTA MEDICA.

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
12/06/2024 22:16		0	20	102		0				99	dguerin



SOLICITAÇÃO DE EXAMES AMBULATORIAIS
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

RUA ANTONIO MANUEL, 701
SANTO ANGELO
96.210.471/0001-01

Nº da Solicitação: 587289

RAIO-X

Paciente:	JULIA ALMEIDA REZENDE	Idade:	8 Anos
Registro:	150095	Prontuário:	183599
Convênio:	30 - CLINICA ADVENTISTA / CLINICA ADVENTISTA	Nº Atendimento:	1576220
Médico Resp.:	(CRM) 53506 - PAULO FERNANDO IORCK	Data Solicitação:	12/06/2024 22:56
Setor:	AMBULATÓRIO		

Código	Descrição	Complemento
213	RX COLUNA CERVICAL - 3 INC	
215	RX COLUNA DORSAL - 2 INC	
217	RX COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INC	

JME Informática S/A



HOSPITAL REGIONAL DAS MISSÕES

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690

Telefone: (55) 3313-2000

Santo Ângelo - RS

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

Data de Nasc. : 08/07/2015

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Data do Exame : 12/06/2024 23h38

SAME : 150095

Sexo : Feminino

Para visualizar seus exames, acesse: hospitalsantoangelo.com | login: p150095 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

RADIOGRAFIAS DA COLUNA CERVICAL

Informação clínica: queda de balanço. Dor lombar baixa

Relatório:

Altura e alinhamento posterior dos corpos vertebrais mantido.
Espaços discais com amplitude preservada.
Articulações interapofisárias sem modificações significativas.
Articulações uncovertebrais sem modificações significativas.
Tecidos moles pré-vertebrais de aspecto radiográfico usual.
Eixo lordótico cervical anatômico.

RADIOGRAFIAS DA COLUNA DORSAL

Informação clínica: queda de balanço. Dor lombar baixa

Relatório:

Altura e alinhamento posterior dos corpos vertebrais mantido.
Espaços discais com amplitude preservada.
Articulações interapofisárias sem modificações significativas.
Eixo cifótico dorsal anatômico.

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBAR

Informação clínica: queda de balanço. Dor lombar baixa

Relatório:

Não há evidência de desvio escoliótico.
Corpos vertebrais de altura preservada e alinhamento posterior mantido.
Espaços discais de amplitudes usuais.
Articulações interapofisárias com morfologia normal.
Pedículos íntegros.

Dra. Cristina Cortiana Ferreira Montagner
CRM / RS 32987

Liberado em: 13/06/2024 00h57

Impresso: 18/07/2024 08h28
1 de 1

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1565970

Tipo : Ambulatorio (1621683)	Entrada: 27/08/2024 18:13	Saida: 27/08/2024 19:03	LANCAMENTO:1541566/1565970
Paciente : MAITE FAGUNDES ELGART	Nascimento: 02/04/2015	Idade : 9	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55984214397	SAME : 180741	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero :
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia :
Matricula : 9131660		Guia : 20392	Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL		Nota Convenio :	Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA		Situacao : Aberta	Competencia :

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas									
Grupo: TAXAS									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
27/08/2024	000939	000939	TAXA DE SALA AMBULATORIAL	TAXAS	1	50,00			50,00
Total C.Custo :									50,00
Total Grupo :									50,00
Total D.Taxas :									50,00

Data	Hospital	Convenio	Descricao do MatMed	Unidade	Marca	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: MatMed										
Grupo: MATERIAL										
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO										
27/08/2024	020013	70905088	SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER SLI	UN		1	0,529			0,53
27/08/2024	020030	70013845	AGULHA DESCARTAVEL 25 X7	UN		1	0,670			0,67
27/08/2024	020033	70013969	AGULHA DESCARTAVEL 40 X12	UN		1	0,260			0,26
27/08/2024	020054	70175969	COMPRESSA GAZE 10 X10 13 FIOS CME	UN	CREMER	5	0,060			0,30
Total C.Custo :										1,76
Total Grupo :										1,76

Grupo: MEDICAÇÃO

C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO

27/08/2024	010314	90136730	LIDOCAINA 2% S/V - 20 ML CRISTAL	ML		5	0,246			1,23
Total C.Custo :										1,23
Total Grupo :										1,23
Total MatMed :										2,99

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
------	----------	-------------------	--------------	----------	------	----------	-------	-------	-------

Paciente : MAITE FAGUNDES ELGART

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Grupo : SERVICIO PROFISIONAL - HM

C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO

27/08/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00	54,00
							Total C.Custo :	54,00
							Total Grupo :	54,00
							Total Honorarios:	54,00

Total Fatura.. : 106,99

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
MATERIAL		1,76						1,76
MEDICAÇÃO		1,23						1,23
SERVICO P	54,00							54,00
TAXAS			50,00					50,00
Total :	54,00	2,99	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Total Com Honorario : 106,99

Total Sem Honorario : 52,99

☐☐☐☐☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1621683 PRONTUARIO: 180741

C.N.S: 700806493685289 RG: 2140509734

CPF: 04787829009

Paciente: MAITE FAGUNDES ELGART

Nome Social: MAITE FAGUNDES ELGART

Endereço: RUA AVENIDA SALGADO FILHO, 2057

Bairro: ALIANCA

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55984214397

Nascimento 02/04/2015

Idade: 9

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 20392

Mãe: KARINA DOS SANTOS FAGUNDES

Responsável: KARINA

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 27/08/2024

Hora: 18:13:07

Registrante: laugusti

Data Saída:

Hora Saída:

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ SpO2 _____ HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico:

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: _____

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____

Diagnóstico com CID: _____

DADOS DE FATURAMENTO PROCENDIMENTOS

- ☒ 54010233 Sutura
() 54010217 Drenagem
() 52230023 Gesso MI
() 52230015 Gesso MS
() 52250067 Infiltração
() _____ Consulta
() 80031022 Sala de Procedimentos
() 80031030 Imobilização não Gessada
() 80031029 Imobilização Gessada
() 80031023 Observação AMB
() 80041799 Enterocisma
() 80043381 SNG
() 80043375 Curativo P
() 80043376 HGT
() 80043380 SNE
() 80043382 Sonda Reta
() 80043374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

SUTURA

AITE

Rafael Sakon R. Lima
CORREIO 386.135-Ed
Assinatura e Carimbo Profissional:Dr. Rafael Sakon R. Lima
MÉDICO
CRM-RS 57041

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

F A A - FICHA DE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PRIORIDADE BAIXA - VERDE

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO
RUA ANTÔNIO MANOEL, 701 - 98.801.690 - SANTO ÂNGELO - RS
96.210.471/0001-01

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: **1621683** PRONTUARIO: 180741 C.N.S.: 700806493685289 RG: 2140509734 CPF: 04787829009

Paciente: **MAITE FAGUNDES ELGART**

Endereço: RUA AVENIDA SALGADO FILHO, 2057

Bairro: ALIANCA

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55984214397

Nascimento 02/04/2015

Idade: 9

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 20392

Escolaridade: ALFABETIZADO

Estado

SOLTEIRO(A)

Ocupação:

Raça/Cor: BRANCO

Mãe: KARINA DOS SANTOS FAGUNDES

Religião: EVANGELICA

Responsável: KARINA

Executante: RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 27/08/2024

Hora: 18:13:07

Registrante: laugusti

Data Saída: 27/08/2024

Hora Saída: 18:23:00

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
27/08/2024 18:22		0		82		30.37				99	5139

Evolução Em : 27/08/2024 18:20:19

Por : HERMAN BARD

PACIENTE DEAMBULANDO, ACOMPANHADA.

APRESENTA CORTE NO QUEIXO, APÓS QUEDA NA ESCOLA.
SEM SANGRAMENTO ATIVO.

NEGA ALERGIA

DADOS DE FATURAMENTO PROCEDIMENTOS

- () 0211020036 ECG
- () 0211040061 Tococardiografia Ante-Parto (MAP)
- () 0301010072 Consulta Especialista
- () 0301060061 Consulta Plantão
- () 0301010048 Consulta Enf./Farm
- () 0301060029 OBs. AMB
- () 0301100012 Adm. De Medicação
- () 0301060100 Imobilização Gessada
- () 0209010029 Colonoscopia
- () 0209010037 Endoscopia
- () 0303090162 Luva Gessada
- () 0303090073 Revisão ou Troca do Aparelho / Tala Gessada (MI)
- () 0303090090 Revisão ou Troca do Aparelho / Tala Gessada (MS)
- () 0417010052 Anestesia Regional
- () 0401010104 Drenagem
- () 0401010074 Exerese de Cisto
- () 0401010058 Sutura
- () 0401010015 Curativo Com ou Sem Debridamento
- () 0401010112 Ret. Corpo Estranho
- () 0101040032 Coleta Externa de Leite Materno

Assinatura e Carimbo Profissional :

Diagnostico / CID:

Assinatura Paciente / Responsável :



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Rua Matias José Bins, 581
Três Figueiras – Fone/Fax: (51) 3382-1200
CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS
clinica.portoalegre@adventistas.org.br

Nº 3031

Instituição/Escola: ESCOLA ADVENTISTA S/O ALEGRE

Nome do Aluno: MARLE FARIAS ELIANT

Nº. da matrícula: 20392 Série: _____

Data da ocorrência: 28 / 08 / 2012

Razão do reembolso: _____

- ☐ Não existe clínica credenciada
☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada
☐ A clínica credenciada não pode atender
☐ Livre escolha
☐ Reembolso com despesas de transporte (táxi)

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Segue(m) anexo(a)s nota(s) fiscais do atendimento médico e/ou o recibo do taxista que efetuou o transporte, no valor total de

R\$ _____ (_____)

Local: _____

Data: 28 / 08 / 2012

Nome: _____

Assinatura: [Assinatura]

* Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 5 dias após a chegada do formulário com a documentação completa na Clínica Adventista de Porto Alegre.

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Data do Recebimento _____ / _____ / _____

Autorizo o reembolso de R\$ _____ referentes ao atendimento acima descrito.

Administrador _____

Data: _____ / _____ / _____

Em caso de dúvida/emergência ligar para 0xx51 8106-8736

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maitê Fagundes Elgart
Nº da Carteira: 9.13.1660
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 02/04/2015

Nº da Guia: 20392

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2024	18:03:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

A aluna esbarrou na Maite que veio cair e bater o queixo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

A aluna foi encaminhada para a secretaria onde foi avisado aos pais.

Ass.:

87.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Rio-grandense
da Educação
Rua Avenida Venâncio Aires, 2068 - Centro
CEP 98803-000 - Santo Ângelo - RS

Suellen Krammer de Carvalho

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

CEB 200 7-000 - 22000 10000 - 22
1000 10000 10000 10000 - 22000
10000 10000 10000 10000
10000 10000 10000 10000
10000 10000 10000 10000



ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
REQUISIÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIO

Nº Requisição : 492429

Data Requisição : 27/08/2024

Nº Atendimento : 1621683

Data Atendimento :

Idade : 9

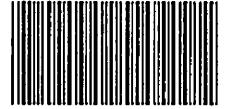
Paciente : MAITE FAGUNDES ELGART

Médico : (57041)RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Convênio : (30)CLINICA ADVENTISTA

Unidade : (011)PA (NÃO COVID)

Centro de Custos : (79-5)PRONTO ATENDIMENTO



492429

Observação :

MatMed	Descrição MatMed	Und.	Quantidade	Fornecido
010314(F)	LIDOCAINA 2% S/V - 20 ML CRISTALIA/UNIAO	ML	5	_____
020013	SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER SLIP (SEM AGUL) (C5)	UN	1	_____
020030	AGULHA DESCARTAVEL 25 X7	UN	1	_____
020033	AGULHA DESCARTAVEL 40 X12	UN	1	_____
020054(F)	COMPRESSA GAZE 10 X10 13 FIOS CME NAO ESTERIL	UN	5	_____
020298	LAMINA DE BISTURI N. 11 (L3)	UN	1	_____
020309	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7.0	UN	1	_____
020311	LUVA CIRURGICA ESTERIL 8.0	UN	1	_____
020315(F)	LUVA PARA PROCEDIMENTO LATEX MEDIA (I 3)	UN	2	_____
020549	TRANSOFIX	UN	1	_____
040009(C)	AGUA OXIGENADA	ML	100	_____
040056(C)	POVIDINE AQUOSO	ML	100	_____

Digitado por 5087
Liberado por _____

Entregue : _____

Recebido : _____

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1529038

=====

Tipo : Ambulatorio (1583484)	Entrada: 27/06/2024 15:42	Saida: 27/06/2024 16:04	LANCAMENTO:1505161/1529038
Paciente : JOAQUIM FORTES	Nascimento: 27/07/2018	Idade : 5	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55999063719	SAME : 204285	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero : 261655
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia : 07/2024
Matricula : 9131586		Guia : 19084	Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL		Nota Convenio :	Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA		Situacao : Faturada	Competencia :

=====

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas									
Grupo: TAXAS									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
27/06/2024	000192	98008528	OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL	TAXAS	1	3,57			3,57
Total C.Custo :									3,57
Total Grupo :									3,57
Total D.Taxas :									3,57

Data	Hospital	Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Sadt									
Grupo: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA									
C.Custo: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA									
27/06/2024	41001010	2	CRANIO OU SELA TURS	TOMOGRAFIA COMPUTADO	1	200,87			200,87
			Filme M2: 1	Valor: 0,00		Valor procedimento: 200,87			
Total C.Custo :									200,87
Total Grupo :									200,87
Total Sadt :									200,87

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM									
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO									
27/06/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00		54,00
Total C.Custo :									54,00
Total Grupo :									54,00
Total Honorarios:									54,00

Paciente : JOAQUIM FORTES

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Total Fatura.. :							258,44	
Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
SERVICIO P	54,00							
TAXAS			3,57					54,00
TOMOGRafi				200,87				3,57
								200,87
Total :	54,00	0,00	3,57	200,87	0,00	0,00	0,00	
Total Com Honorario :				258,44				
Total Sem Honorario :				204,44				



B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA ☐ AZUL ☐
AMARELA ☐ VERDE ☐
LARANJA ☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1583484

PRONTUARIO: 204285

C.N.S: 700409465614549 RG:

CPF: 05947568047

Paciente: JOAQUIM FORTES

Nome Social: JOAQUIM FORTES

Endereço: RUA ANTONIO NETO, 225

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55999063719

Nascimento 27/07/2018

Idade: 5

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula:

Mãe: ALINE CRISTINA COCARO ROQUE

Responsável: ALINE

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 27/06/2024

Hora: 15:42:15

Registrante: 6222

Data Saída:

Hora Saída:

CONVÊNIO

Peso: 29 Kg.

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: 101 FR: _____ TA: _____ SpO2 96% HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: Queda na escola / Partigim / Risco de lesão

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: Serenide / Valium

Alergia: SDC mãe negra

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____ Diagnóstico com CID: _____

DADOS DE FATURAMENTO PROCEDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
- () 54010217 Drenagem
- () 52230023 Gesso MI
- () 52230015 Gesso MS
- () 52250067 Infiltração
- () _____ Consulta
- () 80031022 Sala de Procedimentos
- () 80031030 Imobilização não Gessada
- () 80031029 Imobilização Gessada
- () 80031023 Observação AMB
- () 80041799 Enteroclistma
- () 80043381 SNG
- () 80043375 Curativo P
- () 80043376 HGT
- () 80043380 SNE
- () 80043382 Sonda Reta
- () 800443374 Curativo M
- () 80043373 Curativo G
- () 80041062 Adm.Medic.IM/EV
- () 80041051 Instalação do
- () 8041068 Retirada de Pontos
- () 80043367 Nebulização

W. 01
Nego do noio
Nego enen

038: 18:40

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Alina Cristina
Cocaro Roque

Dr. Rafael Sakon R. Lima
MÉDICO
CRM-RS 5704

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Rua Matias José Bins, 581
Três Figueiras – Fone/Fax: (51) 3382-1200
CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS
clinica.portoalegre@adventistas.org.br

Nº 3030

Instituição/Escola: ESCOLA ADVENTISTA ANTONIO JACOBINO

Nome do Aluno: JOAQUIM FORTES

Nº. da matrícula: 9131586

Série: _____

Data da ocorrência: 27 / 06 / 24

Razão do reembolso: _____

- ☐ Não existe clínica credenciada
☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada
☐ A clínica credenciada não pode atender
☐ Livre escolha
☐ Reembolso com despesas de transporte (táxi)

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Segue(m) anexo(a)s nota(s) fiscais do atendimento médico e/ou o recibo do taxista que efetuou o transporte, no valor total de

R\$ _____ (_____)

Local: _____

Data: 27 / 06 / 24

Nome: _____

Assinatura: Aline Cristina Pócano Roque

* Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 5 dias após a chegada do formulário com a documentação completa na Clínica Adventista de Porto Alegre.

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Data do Recebimento _____ / _____ / _____

Autorizo o reembolso de R\$ _____ referentes ao atendimento acima descrito.

Administrador _____

Data: _____ / _____ / _____

Em caso de dúvida/emergência ligar para 0xx51 8106-8736

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Joaquim Fortes
Nº da Carteira: 9.13.1586
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo

Data de Nascimento: 27/07/2018 **Nº da Guia:** 19084

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2024	15:05:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
batida na cabeça	Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando no recreio e acabou caindo, vindo a bater a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Luiza

(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor que prestou os primeiros socorros e colocou gelo no local.

87.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Rio-grandense
de Educação
Rua Avenida Venâncio Aires, 2068 - Centro
CEP 98803-000 - Santo Ângelo - RS

Ass.:

Suellen Krammer de Carvalho

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



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
----------	------------	------------

JOAQUIM FORTES27/07/2018204285

Num. Atendimento : 1583484
Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 27/06/2024 16:01:23 Por : VANESSA ANDRADE CAMPOS

SIC A MAE NEGA ALERGIA.
MEDICAÇÃO DE USO CONTINUO: SERETIDE, AEROLIN.
CRIANÇA APRESENTOU QUEDA NA ESCOLA, SIC APRESENTOU VERTIGEM. REFERE ALGIA NA REGIÃO DA CERVICAL.

Evolução Em : 27/06/2024 16:11:26 Por : RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

TRAZIDO PELA MAE, RELATA QUEDA DE PROPRIA ALTURA COM DOR EM REGIÃO OCCIPITAL
NEGA NAUSEAS, NEGA EMESE, NEGA SINCOPE
PUPILAS ISOFOTO, ATIVO REATIVO, GLASGOW 15
OBSERVAÇÃO MINIMA 3 HORAS

Evolução Em : 27/06/2024 16:13:49 Por : MAURICIO DA SILVA

QUEDA NA ESCOLA, AVALIADO PELO MEDICO PLANTONISTA E SOLICITADO AVALIAÇÃO DE 3 HORAS, LIBERADO APÓS AS 18:40 SE NAO TIVER ALTERAÇÕES.



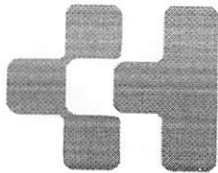
TOMOGRAFIA

Paciente: JOAQUIM FORTES	Idade: 5 Anos
Registro: 172025 Prontuário: 204285	Nascimento: 27/07/2018
Convênio: 30 - CLINICA ADVENTISTA / CLINICA ADVENTISTA	Nº Atendimento: 1583484
Médico Resp.: (CRM) 13481 - NEWTON DE OLIVEIRA MIRANDA	Data Solicitação: 27/06/2024 17:03
Setor: AMBULATÓRIO	

Código	Descrição	Complemento
01	TC CRANIO	

JME Informática S/A

Queda, Trauma região
Ponderice, Tórax,



HOSPITAL REGIONAL DAS MISSÕES

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690

Telefone: (55) 3313-2000

Santo Ângelo - RS

Paciente : JOAQUIM FORTES

Data de Nasc. : 27/07/2018

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Data do Exame : 27/06/2024 17h22

SAME : 172025

Sexo : Masculino

Para visualizar seus exames, acesse: hospitalsantoangelo.com | login: p172025 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Informação clínica:

Trauma craniano em região posterior; tontura.

Técnica:

O estudo tomográfico computadorizado foi realizado no plano axial, sem contraste, sendo os seguintes aspectos observados:

Interpretação:

Exame realizado em caráter de urgência.

Estruturas da linha média centradas.

Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação preservados.

Cavidades ventriculares de morfologia e dimensões usuais.

Ausência de coleções hemorrágicas hipertensivas intracranianas.

Porções visibilizadas das órbitas e mastoides sem alterações.

Pequena imagem nodular sugestiva de pólipos/pseudocisto de retenção na parede medial do seio maxilar esquerdo.

Impressão diagnóstica:

Sinusopatia.

Na persistência dos sintomas sugere-se controle precoce.

Dr. Roberto Vieira Moraes
Médico Radiologista - CRM: 30029

Liberado em: 27/06/2024 19h08

Impresso: 18/07/2024 08h58
1 de 1

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO
Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ÂNGELO - RS - 98801-970
Fone : (55) 3313-2000 CGC : 96210471000101
Codigo Convenio : 1571620

Tipo : Ambulatorio (1627647) Entrada: 09/09/2024 22:24 Saida: 10/09/2024 02:00 | LANCAMENTO:1547113/1571620
Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS Nascimento: 07/11/2016 Idade : 7 |-----
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 55996178164 SAME : 183928 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 268772
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 10/2024
Matricula : 9131517 Guia : 20810 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo : 15746
Responsavel : 53506 PAULO FERNANDO IORCK | Competencia : 10/2024

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas									
Grupo: TAXAS									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
09/09/2024	000192	98008528	OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL	TAXAS	1	3,57			3,57
Total C.Custo :									3,57
Total Grupo :									3,57
Total D.Taxas :									3,57

Data	Hospital	Convenio	Descricao do MatMed	Unidade	Marca	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: MatMed										
Grupo: MATERIAL										
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO										
09/09/2024	022511	022511	SERINGA DOSADORA P/MOVIMENTO 3ML	UN		1	0,219			0,22
Total C.Custo :										0,22
Total Grupo :										0,22
Grupo: MEDICAÇÃO										
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO										
09/09/2024	010019	90508181	PARACETAMOL GOTAS 200MG/ML	GTS		30	0,013			0,38
Total C.Custo :										0,38
Total Grupo :										0,38
Total MatMed :										0,60

Data	Hospital	Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Sadt									
Grupo: RX									
C.Custo: RADIOLOGIA									
09/09/2024	40804097	2	PE OU PODODACTILO	RX	1	16,41			16,41

Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS
Convenio : CLINICA ADVENTISTA

		Filme M2: 0,144	Valor: 0,00	Valor procedimento: 16,41		
09/09/2024	40804089 2	ARTICULACAO TIBIOTA	RX	1 16,32		16,32
		Filme M2: 0,09	Valor: 0,00	Valor procedimento: 16,32		
					Total C.Custo :	32,73
					Total Grupo :	32,73
					Total Sadt :	32,73

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO								
09/09/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00	54,00
								Total C.Custo : 54,00
								Total Grupo : 54,00
								Total Honorarios: 54,00

Total Fatura.. : 90,90

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
MATERIAL		0,22						0,22
MEDICACAO		0,38						0,38
RX				32,73				32,73
SERVICO P	54,00							54,00
TAXAS			3,57					3,57

Total : 54,00 0,60 3,57 32,73 0,00 0,00 0,00

Total Com Honorario : 90,90

Total Sem Honorario : 36,90

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1627647 PRONTUARIO: 183928

C.N.S.: 705003219331853 RG:

CPF: 05277218084

Paciente: LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Nome Social: LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Endereço: NICOLAU LEITE DE OLIVEIRA, 884

Bairro: MELLER

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55996178164

Nascimento 07/11/2016

Idade: 7

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 9131517

Mãe: DENISE DA SILVA PINHEIRO

Responsável: LUCAS RENNAN MARTINS

Executante PAULO FERNANDO IORCK

Data: 09/09/2024

Hora: 22:24:21

Registrante: davorzani

Data Saída: 10/09/2024

Hora Saída: 02:00:00

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ SpO2 _____ HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: _____

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: _____

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____ Diagnóstico com CID: _____

DADOS DE FATURAMENTO PROCEDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
() 54010217 Drenagem
() 52230023 Gesso MI
() 52230015 Gesso MS
() 52250067 Infiltração
() _____ Consulta
() 80031022 Sala de Procedimentos
() 80031030 Imobilização não Gessada
() 80031029 Imobilização Gessada
() 80031023 Observação AMB
() 80041799 Enteroclistma
() 80043381 SNG
() 80043375 Curativo P
() 80043376 HGT
() 80043380 SNE
() 80043382 Sonda Reta
() 800443374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

Jessica Sudati Beque
COREN-RS - 611465 - ENF

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnóstico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Rua Matias José Bins, 581
Três Figueiras – Fone/Fax: (51) 3382-1200
CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS
clinica.portoalegre@adventistas.org.br

Nº 3032

Instituição/Escola: Adventista de Santo Ângelo

Nome do Aluno: Leonardo Pinheiro Martins

Nº. da matrícula: 913 M17

Série: _____

Data da ocorrência: 09 / 09 / 2024

Razão do reembolso: _____

- ☐ Não existe clínica credenciada
☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada
☐ A clínica credenciada não pode atender
☐ Livre escolha
☐ Reembolso com despesas de transporte (táxi)

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Segue(m) anexo(a)s nota(s) fiscais do atendimento médico e/ou o recibo do taxista que efetuou o transporte, no valor total de

R\$ _____ (_____)

Local: Hospital Santo Ângelo

Data: 09 / 09 / 2024

Nome: _____

Assinatura: X

* Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 5 dias após a chegada do formulário com a documentação completa na Clínica Adventista de Porto Alegre.

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Data do Recebimento _____ / _____ / _____

Autorizo o reembolso de R\$ _____ referentes ao atendimento acima descrito.

Administrador _____

Data: _____ / _____ / _____

Em caso de dúvida/emergência ligar para 0xx51 8106-8736

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Pinheiro Martins
Nº da Carteirinha: 9.13.1517
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 07/11/2016

Nº da Guia: 20810

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	18:33:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava brincando na saída, e acabou torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência

Matheus

Telefone

(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor que prestou os primeiros socorros.

Ass.:

87.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Riograndense
de Educação
Rua Avenida Venâncio Aires, 2068 - Centro
CEP 98803-000 - Santo Ângelo - RS

Suellen Krammer de Carvalho

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

Convênio : PARTICULAR

Atendimento Nro: 1627647

PRONTUARIO: 183928

C.N.S: 705003219331853 RG:

CPF: 05277218084

Paciente: LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Nome Social: LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Endereço: NICOLAU LEITE DE OLIVEIRA, 884

Bairro: MELLER

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55996178164

Nascimento 07/11/2016

Idade: 7

Convênio: PARTICULAR

Matricula: 9131517

Mãe: DENISE DA SILVA PINHEIRO

Responsável: LUCAS RENNAN MARTINS

Executante PAULO FERNANDO IORCK

Data: 09/09/2024

Hora: 22:24:21

Registrante: brauber

Data Saída:

Hora Saída:

Peso: 30,85kg

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: 129 FR: 20 TA: 38°C SpO2 96% HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: Ainda mesmo otus. dor, adome tangele

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: Neg

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____ Diagnóstico com CID: _____

DADOS DE FATURAMENTO PROCENDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
() 54010217 Drenagem
() 52230023 Gesso MI
() 52230015 Gesso MS
() 52250067 Infiltração
() _____ Consulta
() 80031022 Sala de Procedimentos
() 80031030 Imobilização não Gessada
() 80031029 Imobilização Gessada
() 80031023 Observação AMB
() 80041799 Enterocisma
() 80043381 SNG
() 80043375 Curativo P
() 80043376 HGT
() 80043380 SNE
() 80043382 Sonda Reta
() 800443374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

CONVÊNIO

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).



TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO
RUA ANTÔNIO MANOEL, 701 - 98.801.690 - SANTO ÂNGELO - RS
96.210.471/0001-01

Atendimento Nro: **1627647** PRONTUARIO: 183928 C.N.S: 705003219331853 RG: CPF: 05277218084
Paciente: **LEONARDO PINHEIRO MARTINS** Nome Social: **LEONARDO PINHEIRO MARTINS**
Endereço: **NICOLAU LEITE DE OLIVEIRA, 884** Bairro: **MELLER**
Cidade: **SANTO ANGELO** Fone: 55996178164
Naturalidade: **SANTO ANGELO**
Nascimento 07/11/2016 Idade: 7 Convênio: PARTICULAR Matrícula: 9131517
Mãe: **DENISE DA SILVA PINHEIRO**
Responsável: **LUCAS RENNAN MARTINS**
Executante **PAULO FERNANDO IORCK**
Data: 09/09/2024 Hora: 22:24:21 Registrante: brauber
Data Saída: Hora Saída:

Eu, LEONARDO PINHEIRO MARTINS portador(a) do documento de identidade , CPF nº 05277218084 residente e domiciliado(a) em SANTO ANGELO

Declaro ao Hospital Santo Ângelo, para todos os efeitos e fins, que assumo plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e ou principal, pelos depósitos exigidos, despesas hospitalares médica, incluindo serviços e medicamentos, órteses e próteses, bem como serviços de diagnósticos e tratamento, sempre que estes não forem cobertos pelo respectivo convênio: necessários ao tratamento do paciente.

LEONARDO PINHEIRO MARTINS Inscrito no CPF 05277218084 sob responsabilidade do médico (a) Dr.(a) PAULO FERNANDO IORCK

Declaro ainda, que a responsabilidade ora assumida é sem prazo determinado e persistirá até o pagamento final das despesas. No caso de não pagamento por parte do cliente, a minha responsabilidade persistirá válida, independente de notificação prévia e abrangerá todas as despesas até a alta médica do paciente no fechamento das contas. Se o momento final for resgatado, fica autorizado o hospital a emitir sem mais avisos, uma duplicata de prestação de serviços do salda devedor apurado, a qual servirá para competente cobrança automaticamente majorada de acordo com o I.G.P.M. do mês do pagamento acrescido de juras de 1% (um por cento) ao mês de cobrança, contra o signatário ou próprio paciente.

Declaro expressamente que os médicos responsáveis pela internação e tratamento, foram pelo paciente e por mim escolhidos livremente e que seus horários profissionais não serão vinculados à conta hospitalar, devendo serem acertados os mesmos diretamente com os médicos.

O presente tem força de garantia fidejussória, renunciando expressamente, o declarante, ao benefício de ordem do artigo 1.491 do Código Civil e reconhecendo a garantia como prestada na forma do artigo 1.486, mesmo código. Recebo neste ato o regulamento interno do hospital e responsabilizo-me pela fiel observação de suas instruções. No caso de qualquer medida judicial em razão da responsabilidade ora assumida, é facultado ao hospital a utilização para todos os efeitos processuais, o foro da comarca de Santo Ângelo.

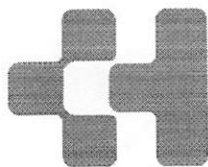
Santo Ângelo, 09/09/2024

Responsável e/ou Fiador

Testemunhas:

RG:
CPF:

RG:
CPF:



HOSPITAL REGIONAL DAS MISSÕES

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690

Telefone: (55) 3313-2000

Santo Ângelo - RS

Paciente : **LEONARDO PINHEIRO MARTINS**

Data de Nasc. : 07/11/2016

SAME : 150456

Convênio : PARTICULAR

Sexo : Masculino

Data do Exame : 10/09/2024 00h14

Para visualizar seus exames, acesse: hospitalsantoangelo.com | login: p150456 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO E PÉ DIREITO

Informação clínica: torcao tornozelo e pe direito dor

Relatório:

Não há evidência de lesão óssea relacionada ao trauma.

Relações osteoarticulares preservadas.

Dr. Rafael Pretto da Costa
CRM / RS 30804

Liberado em: 10/09/2024 01h32

Impresso: 10/09/2024 01h53
1 de 1

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

REQUISIÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIO

Nº Requisição : 493484

Data Requisição : 10/09/2024

Nº Atendimento : 1627647

Data Atendimento :

Idade : 7

Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Médico : (53506)PAULO FERNANDO IORCK

Convênio : (22)PARTICULAR

Unidade : (011)PA (NÃO COVID)

Centro de Custos : (79-5)PRONTO ATENDIMENTO



493484

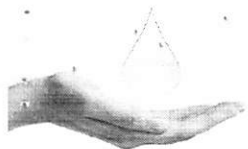
Observação :

MatMed	Descrição MatMed	Und.	Quantidade	Fornecido
010019(F)	PARACETAMOL GOTAS 200MG/ML	GTS	30	_____
022511	SERINGA DOSADORA P/MOVIMENTO 3ML	UN	1	_____

Digitado por rsulzbach
Liberado por _____

Entregue : _____

Recebido : _____



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
LEONARDO PINHEIRO MARTINS	07/11/2016	183928

Num. Atendimento : 1627647

Médico Responsável : CRM(53506) - PAULO FERNANDO IORCK

Evolução Em : 09/09/2024 22:41:26 **Por :** ROSANE HOSSA

CRIANÇA CHEGA NO COLO DO PAI . SIC QUEDA PROPRIA ALTURA. REFER DOR TORNOZELO E LEVE EDEMA
APRESENTA HIPERTERMIA DESCONENHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA

PESO:30.85 KG

Evolução Em : 10/09/2024 00:05:00 **Por :** ROCKSSANA SULZBACH

AVALIAÇÃO MEDICA, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, REALIZOU RX, AO CHEGAR O LAUDO DE EXAME, DRº PAULO LIBERA
COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MEDICAS.