



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA

AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA	14/10/2014	143735

Num. Atendimento : 1639953

Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 07/10/2024 16:11:33 Por : CILENE LORO PATAT

PACIENTE DA ENTRADA NO ACOLHIMENTO DEAMBULANDO, CHOROSA, VERBALIZANDO, CONSCIENTE, ACOMPANHADA NA MÃE. CRIANÇA REFERE DOR NO 2º, 3º, 4º E 5º DEDO DA MÃO DIREITA PÓS QUEDA DA PRÓPRIO ALTURA NA ESCOLA E VIROU A OS DEDOS CONTRA O SOLO A POUCOS INSTANTES, APRESENTA RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS CITADOS.

ALERGIA: INTOLERANCIA A LACTOSE, AZITROMICINA, CLARA DO OVO

HISTÓRIA: EPILEPSIA

MEDICAÇÃO DE USO CONTINUO: OSCARBI

Evolução Em : 07/10/2024 16:20:18 Por : CILENE LORO PATAT

RETIFICO
DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Evolução Em : 07/10/2024 17:21:47 Por : LUIS ANDRE BASTOS

dr atende paciente soclita rx apos aguarda em obsrevação

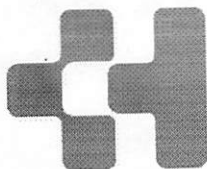
Evolução Em : 07/10/2024 19:43:57 Por : ANDERSON L DA SILVA

APOS RESULTADO DOS EXAMES, PACIENTE LIBERADA PARA CASA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES GERAIS.

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
07/10/2024 16:16		36,4	13	96		40				98	cpatat

Anderson L. Rodrigues da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RS: 804592



HOSPITAL REGIONAL DAS MISSÕES

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690

Telefone: (55) 3313-2000

Santo Ângelo - RS

Paciente : LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA

Data de Nasc. : 14/10/2014

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Data do Exame : 07/10/2024 17h05

SAME : 118384

Sexo : Feminino

Para visualizar seus exames, acesse: hospitalsantoangelo.com | login: p118384 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

RX DA MÃO ESQUERDA

Espessamento de partes moles.

Não há sinal de fratura.

RX DO PUNHO ESQUERDO

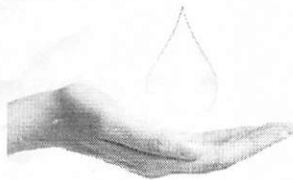
Interlinhas ósseas e superfícies articulares íntegras.

Espessamento de partes moles.

JOSE HERMES
CRM 17614

Liberado em:

Impresso: 07/10/2024 19h39
1 de 1



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: 604381

RAIO-X

Paciente: LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA	Idade: 9 Anos
Registro: 118384 Prontuário: 143735	Nascimento: 14/10/2014
Convênio: 30 - CLINICA ADVENTISTA / CLINICA ADVENTISTA	Nº Atendimento: 1639953
Médico Resp.: (CRM) 53506 - PAULO FERNANDO IORCK	Data Solicitação: 07/10/2024 17:01
Setor: AMBULATÓRIO	

Código	Descrição	Complemento
233	RX MAO OU QUIRODACTILOS	esq
231	RX PUNHO	esq

JME Informática S/A

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luiza Vitória Antunes da Silva

Nº da Carteira: 9.13.1656

Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 14/10/2014

Nº da Guia: 21838

Data da Ocorrência	Horário	Local
07/10/2024	15:42:00	Quadra

Atividade
Aula de educação física

O que aconteceu

caiu me cima da mão

Partes do corpo

Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava fazendo atividade na aula de educação física e caiu em cima da mão.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(55) 3312-3133

Local de atendimento

Hospital de Caridade de Santo Ângelo

Endereço

Rua Antônio Manoel

Nº Bairro

701 Centro

Telefone

(55) 3313-2000

Observações

foi colocado gelo no local e avisado aos pais.

57.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Rio-grandense
de Educação
Rua Avenida Venâncio Aires, 2068 - Centro
CEP 93804-000 - 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

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1639953

PRONTUARIO: 143735

C.N.S: 704206714005380 RG: 1138684608

CPF: 06237132090

Paciente: LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA

Nome Social: LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA

Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 3352

Bairro: MISSOES

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 5599987836

Nascimento 14/10/2014

Idade: 9

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 21838

Mãe: SANDRA MARA BATISTA

Responsável: SANDRA

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 07/10/2024

Hora: 16:08:46

Registrante: 6354

Data Saída:

Hora Saída: 00:00:00

CONVENIO

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: psitromicina, Intolerância lactose, clara de ovo

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 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

Assinatura e Carimbo Profissional:

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: X Sandra Mara

Betina

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

ALERGIA

Q1502 Loro Patat
CONECT 30.1593 - ENI

Paciente : LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA
Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Total Com Honorario :	86,82
Total Sem Honorario :	32,82

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 : 1583258

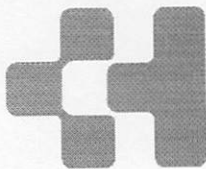
Tipo : Ambulatorio (1639953) Entrada: 07/10/2024 16:08 Saída: 07/10/2024 19:43 | LANCAMENTO:1558508/1583258
Paciente : LUIZA VITORIA ANTUNES DA SILVA Nascimento: 14/10/2014 Idade : 10 |-----
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 5599987836 SAME : 143735 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 276357
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 12/2024
Matricula : 9131656 Guia : 21838 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA Situacao : Faturada | Competencia :

Data	Hospital Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Sadt							
Grupo: RX							
C.Custo: RADIOLOGIA							
07/10/2024	40803120 17614	MAO OU QUIRODACTILO	RX	1	16,41		16,41
		Filme M2: 0,0864	Valor:	0,00	Valor procedimento:	16,41	
07/10/2024	40803112 17614	PUNHO	RX	1	16,41		16,41
		Filme M2: 0,17	Valor:	0,00	Valor procedimento:	16,41	
Total C.Custo :							32,82
Total Grupo :							32,82
Total Sadt :							32,82

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Honorarios								
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO								
07/10/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	53506 PAULO FERNANDO IORCK	03028406055	1	54,00		54,00
Total C.Custo :								54,00
Total Grupo :								54,00
Total Honorarios:								54,00

Total Fatura.. : 86,82

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
RX				32,82				32,82
SERVICO P	54,00							54,00
Total :								
	54,00	0,00	0,00	32,82	0,00	0,00	0,00	



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 : 07/11/2024 20h11

SAME : 150095

Sexo : Feminino

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: queda

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, com reconstruções ortogonais e sem o uso de contraste endovenoso.

INTERPRETAÇÃO:

Seios paranasais bem desenvolvidos, com paredes íntegras e aerados.

Os complexos óstio-meatais anteriores, recessos nasofrontais e esfenotmoidais estão péricios.

Fossas nasais de configuração habitual.

Pneumatização das conchas nasais médias.

Não há evidência de lesão destrutiva nas estruturas ósseas da face.

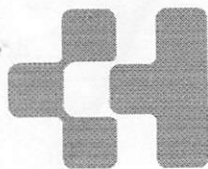
Septo nasal centrado.

Nasofaringe de configuração usual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tomografia computadorizada sem evidências de alterações significativas.

Dra. Bruna Pinto Gregolin
CRM / RS 44479



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 : 07/11/2024 20h11

SAME : 150095

Sexo : Feminino

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: queda.

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, paralelos a linha órbito meatal, sem o uso de contraste endovenoso.

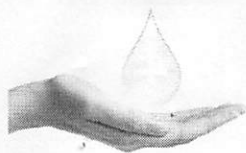
INTERPRETAÇÃO:

Não há evidência de lesões expansivas supra ou infratentoriais ou de coleções intra ou extra-axiais.
Não há sinal de hemorragia intracraniana.
Ausência de desvio das estruturas da linha média.
Sistema ventricular de aspecto habitual.
Sulcos corticais e cisternas basais sem alterações significativas.
Coeficientes de atenuação das substâncias branca e cinzenta dentro dos limites da normalidade.
Estruturas ósseas sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Tomografia computadorizada cranioencefálica sem evidências de alterações significativas.

Dra. Bruna Pinto Gregolin
CRM / RS 44479



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

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

JULIA ALMEIDA REZENDE 08/07/2015 183599

Num. Atendimento : 1654102
Médico Responsável : CRM(52334) - NATALIA LIMA BORGES

Evolução Em : 07/11/2024 18:32:40 Por : ROSANE HOSSA

PACIENTE CHEGA DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, ACOMPANHADA DE FAMILIAR, RELATA QUE SENTADA, UM ALUNO DA ESCOLA CAIU EM CIMA DELA SIC ELA CAIU E BATEU A CABEÇA, APRESENTA MINIMO HEMATOMA NA BOCA, HEMATOMA FACE LADO DIREITO
DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução Em : 07/11/2024 20:04:48 Por : LETICIA DA SILVA

PACIENTE AVALIADA PELA DRª JULIA A MESMA SOLICITA TC DE CRANEO E FACE PERMANECE EM OBSERVAÇÃO

Evolução Em : 08/11/2024 00:36:49 Por : LETICIA DA SILVA

PACIENTE CHAMADA PARA REAVALIAÇÃO MEDICA NAO RESPONDEU AO CHAMADO



**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 3033

Instituição/Escola: COLÉGIO ADVENTISTA

Nome do Aluno: JOHN AMERDA RESENOS

Nº. da matrícula: 22888

Série: _____

Data da ocorrência: 05 / 11 / 2014

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 STC ANGELO

Data: 07 / 11 / 2014

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.

[assinatura]
Administrador

Data: _____ / _____ / _____

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 08/07/2015

Nº da Guia: 22858

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/11/2024	13:16:00	Quadra	Horário de entrada

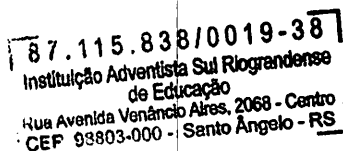
O que aconteceu	Partes do corpo
Colega caiu em cima dela	Rosto, Lábios

Descrição
A aluna estava sentada na quadra brincando com um colega quando outro colega que estava correndo caiu por cima dela. Julia bateu o rosto no chão no chão tendo um corte no lábio inferior.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O monitor encaminhou ela para a secretaria, limpamos o rosto e colocamos gelo no lábio. Avisamos aos responsáveis.



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

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

TC face + crânio

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1654102 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: 9

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 22858

Mãe: DAIANE DE ALMEIDA

Responsável:

Executante NATALIA LIMA BORGES

Data: 07/11/2024

Hora: 18:03:18

Registrante: laugusti

Data Saída:

Hora Saída:

CONVENIO

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
() 800443374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

Dra. Júlia F. Hartmann
Médica
CRM 55451

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).

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Total Sem Honorario :

200,87

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 : 1596810

Tipo : Ambulatorio (1654102) Entrada: 07/11/2024 18:03 Saída: 07/11/2024 20:04 | LANCAMENTO:1571703/1596810
Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE Nascimento: 08/07/2015 Idade : 9 |-----
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 55984311929 SAME : 183599 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 276356
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 12/2024
Matricula : 9131479 Guia : 22858 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo :
Responsavel : 52334 NATALIA LIMA BORGES Situacao : Faturada | Competencia :

Data	Hospital Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Sadt								
Grupo: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA								
C.Custo: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA								
07/11/2024	41001010 17614	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									
07/11/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	55451 JULIA FRANKE HARTMAN	03672795097	1	54,00			54,00
							Total C.Custo :		54,00
							Total Grupo :		54,00
							Total Honorarios:		54,00

Total Fatura.. : 254,87

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
SERVICO P	54,00							54,00
TOMOGRAFI				200,87				200,87
Total :								
	54,00	0,00	0,00	200,87	0,00	0,00	0,00	

Total Com Honorario : 254,87

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
RUA ANTONIO MANOEL,701 - SANTO ANGELO - RS
Serviço : RAI0-X

Nome : ISABELA BRAGA DE MOURA

Registro: 10230

Prontuário: 14992

Idade : 13 Anos (01/02/2011)

Sexo : FEMININO

Origem : E

Procedencia: SANTO ANGELO

Exames :

(32040091) RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

Atendimento: 01/10/2024 14:25 - 1637429

Código : 393959

Data : 01/10/2024

Convênio: CLINICA ADVENTISTA

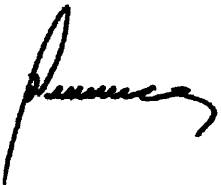
Médico Executante : JOSE HERMES RIBAS DO NASCIMENTO

Médico Solicitante : RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

RX DO TORNOZELO ESQUERDO

Interlinhas ósseas íntegras.

Espessamento de partes moles.



Dr(a) JOSÉ HERMES RIBAS DO NASCIMENTO - CRM 017614



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

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

ISABELA BRAGA DE MOURA	01/02/2011	14992
Num. Atendimento : 1637366		
Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA		

Evolução Em : 01/10/2024 12:43:17 Por : CILENE LORO PATAT

PACIENTE DA ENTRADA NO ACOLHIMENTO DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, CONSCIENTE, ORIENTADA, ACOMPANHADA DA MAE. REFERINDO DOR NO TORNOZELO ESQUERDO, RESTRIÇÃO DE AGUNS MOVIMENTOS. LOCAL APRESENTA EDEMA.

INICIO DOS SINTOMAS Á 5 DIAS DURANTE EDUCAÇÃO FISICA

ALERGIA: NEGA

NEGA USO DE MEDICAÇÃO CONTINUO

Evolução Em : 01/10/2024 13:58:01 Por : RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

DOR EM TORNOZELO ESQUERDO + EDEMA. 5 DIAS DE EVOLUÇÃO

RX

CONTATO DR DUDLEY QUEM ORIENTA AINES + ANALGESIA + TORNOZELEIRA

SEM FRATURA

Evolução Em : 01/10/2024 15:15:17 Por : DANIELE BARCELLOS

PACIENTE CHEGA NO PA PROVENIENTE DO ACOLHIMENTO DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, CONSCIENTE, ORIENTADA, ACOMPANHADA DA MAE. REFERINDO DOR NO TORNOZELO ESQUERDO, RESTRIÇÃO DE AGUNS MOVIMENTOS. LOCAL APRESENTA EDEMA. INICIO DOS SINTOMAS Á 5 DIAS DURANTE EDUCAÇÃO FISICA. SINAIS VITAIS ESTAVEIS. VALIADA PELO MEDICO PLANTONISTA, REALIZOU RX.

APOS FOI REAVALIADA PELO MEDICO PLANTONISTA, LIBERADA COM RECEITA MEDICA E ORIENTACOES.

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
01/10/2024 12:46	95/61	36	13	94		0				97	cpatat

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela Braga de Moura
Nº da Carteirinha: 9.13.1422
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 01/02/2011 **Nº da Guia:** 21577

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2024	11:20:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de Educação física e veio a torcer 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

A aluna não nos relatou na secretaria, foi sentir maiores dores quando chegou em casa.

87.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Riograndense
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

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1637366 PRONTUARIO: 14992

C.N.S: 704005196702870 RG: 2136039217 CPF: 05677437050

Paciente: ISABELA BRAGA DE MOURA

Nome Social: ISABELA BRAGA DE MOURA

Endereço: RUA OLDEMAR STEINHAUS, 1020

Bairro: NERI CAVALHEIRO

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55981040782

Nascimento 01/02/2011

Idade: 13

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula:

Mãe: PRISCILA FLORES BRAGA

Responsável: PRISCILA

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 01/10/2024

Hora: 12:31:08

Registrante: 6222

Data Saída:

Hora Saída:

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

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

Situação/Queixa/Breve Histórico: TORÇÃO TORÇÃO TORNOZELO

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 Enteroclisma
() 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

Dr. Rafael Sakon
Médico
CRM 57041-RS

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: Priscila Moura

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

Paciente : ISABELA BRAGA DE MOURA
Convenio : CLINICA ADVENTISTA

Total Sem Honorario :	16,32
-----------------------	-------

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 : 1580851

Tipo : Ambulatorio (1637366) Entrada: 01/10/2024 12:31 Saída: 01/10/2024 15:15 | LANCAMENTO:1556149/1580851
Paciente : ISABELA BRAGA DE MOURA Nascimento: 01/02/2011 Idade : 13 |-----
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 55981040782 SAME : 14992 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 276358
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 12/2024
Matricula : 9131422 Guia : 21577 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA Situacao : Faturada | Competencia :

Data	Hospital Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Sadt							
Grupo: RX							
C.Custo: RADIOLOGIA							
01/10/2024	40804089 17614	ARTICULACAO TIBIOTA	RX	1	16,32		16,32
		Filme M2: 0,09	Valor:	0,00	Valor procedimento:	16,32	
					Total C.Custo :		16,32
					Total Grupo :		16,32
					Total Sadt :		16,32

Tipo: Honorarios								
Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO								
01/10/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	57041	RAFAEL SAKON RODRIGU	52896757287	1	54,00	54,00
Total C.Custo :								54,00
Total Grupo :								54,00
Total Honorarios:								54,00

Total Fatura.. : 70,32

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
RX				16,32				16,32
SERVICO P	54,00							54,00
Total :	54,00	0,00	0,00	16,32	0,00	0,00	0,00	

Total Com Honorario : 70,32



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

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

GIOVANNA ANTUNES DO NASCIMENTO	20/11/2017	195165
--------------------------------	------------	--------

Num. Atendimento : 1659811

Médico Responsável : CRM(51070) - LUIZ HENRIQUE BENATTI EICKHOF

Evolução Em : 21/11/2024 14:22:25 Por : JESSICA TEREZINHA SUDATI BEQUE

SIC DA MÃE CRIANÇA APRESENTA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HOJE,

APRESENTA PEQUENO CORTE NA REGIÃO DA BOCA,

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA,

NEGA COMORBIDADES,

REALIZO TRIAGEM CONFORME PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

Evolução Em : 21/11/2024 14:48:58 Por : LUIZ HENRIQUE BENATTI EICKHOFF

que da própria altura na escola, lesão cortocontusa oral

beg ,lote, muc ecg 15/15

pequena laeração superficial em lábio superior e mucosa alevolar sup

nega tce

ibuprofeno e flogoral s/n

Evolução Em : 21/11/2024 15:03:06 Por : KATHIANE GARCIA

PACIENTE AVALIADO PELO DRº PLANTONISTA NO CONSULTÓRIO LIBERADO APÓS.



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
GIOVANNA ANTUNES DO NASCIMENTO	20/11/2017	195165

Num. Atendimento : 1659811

Médico Responsável : CRM(51070) - LUIZ HENRIQUE BENATTI EICKHOF

Evolução Em : 21/11/2024 14:22:25 **Por :** JESSICA TEREZINHA SUDATI BEQUE

SIC DA MÃE CRIANÇA APRESENTA QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE,

APRESENTA PEQUENO CORTE NA REGIÃO DA BOCA,

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA,

NEGA COMORBIDADES.

REALIZO TRIAGEM CONFORME PROTOCOLO INSTITUCIONAL.



**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 3034

Instituição/Escola: Escola Adventista de São Paulo

Nome do Aluno: Guilherme Antônio do Nascimento

Nº. da matrícula: 23326 Série: 1º ano

Data da ocorrência: 24 / 11 / 21

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 São João

Data: 24 / 11 / 21

Nome: _____

Assinatura: X. Anderson Antônio

* 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: Giovanna Antunes do Nascimento
Nº da Carteirinha: 9.13.1652
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 20/11/2017

Nº da Guia: 28326

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2024	13:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Lábios

Descrição
A aluna estava na aula de educação, tropeçou e caiu batendo a boca no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(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
Foi lavado o local e avisado a mãe.

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

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1659811 PRONTUARIO: 195165

C.N.S.:

RG:

CPF:

Paciente: GIOVANNA ANTUNES DO NASCIMENTO

Nome Social:

Endereço: RUA AVENIDA GETULIO VARGAS, 3636

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 5533134409

Nascimento 20/11/2017

Idade: 7

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 23326

Mãe: ANDRESSA ANTUNES MACHADO

Responsável: ANDRESSA

Executante LUIZ HENRIQUE BENATTI EICKHOFF

Data: 21/11/2024

Hora: 13:03:44

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
() 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 - 617465 - ENF

Luiz H. Benatti Eickhoff
Médico

Assinatura e Carimbo Profissional: CRM-RS 51070

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

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

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 : 1602251

Tipo : Ambulatorio (1659811) Entrada: 21/11/2024 13:03 Saída: 21/11/2024 15:03 | LANCAMENTO:1577009/1602251
Paciente : GIOVANNA ANTUNES DO NASCIMENTO Nascimento: 20/11/2017 Idade : 7 |-----
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 5533134409 SAME : 195165 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 276354
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 12/2024
Matricula : 9131652 Guia : 23326 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo :
Responsavel : 51070 LUIZ HENRIQUE BENATTI EICKHOFF Situacao : Faturada | Competencia :

Tipo: Honorarios							
Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd. Unitario	Desc. Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM							
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO							
21/11/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	51070 LUIZ HENRIQUE BENATT	01387029002	1	54,00	54,00
Total C.Custo :							54,00
Total Grupo :							54,00
Total Honorarios:							54,00

Total Fatura.. : 54,00

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
SERVICO P	54,00							54,00
Total :	54,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Total Com Honorario :				54,00				
Total Sem Honorario :				0,00				