



Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 421 - Caxias do Sul - RS
CNPJ:88645403001372 - Inscrição estadual:Isento - Fone:
(CNES 2223570)

CÍRCULO SAÚDE

Conta paciente
(999999)

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	892.821
Raphael Kubiak Cardoso	Escola Adventista		Nº IC:	1.446.688

Prontuário: 235336 Data entrada: 14/08/2024 21:02:13 Data saída: 14/08/2024 22:50:02 Motivo Alta: 12
Médico: Jessica Bampi Stringari Muller Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Pediátrica
CID Princ: S09.9 Traum NE da cabeça
Gula: Não informada Validade Origem:

Dt Conta: 14/08/2024 Dt Inicial: 14/08/2024 Dt final: 14/08/2024 Refer: 31/08/24 Título: Protocolo: 14519

Médicos não conveniados

Seq	Crm	Médico	Data	Hora	Proced.	Descrição	Função	Qt	VI Médico	Via	C. Op.
1	44185	Jessica Bampi	14/08/202	21:03	10101039	Em Pronto Socorro	Pediatra	1	110,00		0,00
Total de Médicos não conveniados									110,00		0,00
Total da Estrutura									110,00		

Sadt esp

Seq	Procedimento	Qtde	VI Total
1	Crânio Ou Sela Túrsica Ou Órbitas	1	143,10
Total de Sadt esp		1	143,10

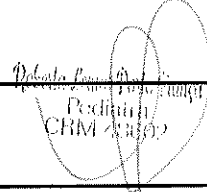
Total geral R\$ 253,10

Paciente	Raphael Kubiak Cardoso		Prontuário	235336	Clinica				
Dt. Nasc.	13/01/2016	Idade	8a 7m 1d	Sexo	Masculino	Estado Civil	Solteiro		
Naturalidade		Nacionalidade	Brasileiro	RG		CPF	19019330756		
Cert. Nasc.		Filiação	1						
		Filiação	2	Jessica Somacal Kubiak					
Conjuge		End. Res	Rua General Arcy da Rocha Nóbrega , 421 Jardim América		Bairro	Jardim América	Tipo de Atendimento	Pronto socorro	
		Cidade	Caxias do Sul -	CEP	95.040-000	Fone		Motivo do Atendimento	Consulta Normal
Profissão		End. Prof.		Celular	961885556				
Responsável	Jessica Somacal						Fone		
Endereço	Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 21 Jardim América Caxias do Sul RS								
Data Entrada	14/08/2024 16:53:55				Sector	UUE - Consultórios			
Acomodação	Setor sem acomodação				Quarto/Leito	UUE			
Médico Resp	Hospital do Círculo				CRM	1412			
Observação					Tp Atend / Clin	TISS			
Convênio	Escola		Categoria	Semi Privativo					
Cód Usuario			Empresa						
Observação			Guia						
Tipo Acomodação	Semi-privativo								
Plano									

Termo de Responsabilidade

Estou ciente que o presente atendimento poderá motivar a cobrança de valores posterior ao fechamento da conta hospitalar, decorrente de despesas hospitalares na hipótese de atendimento particular quanto pela não autorizadas do convênio, decorrentes: da prestação de serviços especializados (tais como: odontologia, anestesia, psicologia, psiquiatria, sangue e seus derivados); do pagamento de órteses, próteses e materiais especiais; de pernoite(s) e refeição(ões) de acompanhantes (exceto de pacientes menores de 18 anos, de pacientes idosos a partir dos 60 anos de idade, de pacientes gestantes e de pacientes portadores de deficiência); de telefonemas; do uso de medicamentos não padronizados; de materiais de uso pessoal (tais como: fraldas, sabonetes, cremes, e etc.); dos serviços particulares de lavanderia; dos serviços particulares de cuidadores; e, de eventuais serviços particulares estéticos, entre outros. A não quitação das despesas ou a solicitação de parcelamento implicará na cobrança de juros e taxas vigentes, na forma da lei.


Ass. N° do Paciente ou Responsável


Ass. do Médico/Usuário

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Caxias do Sul
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **05/09/2023**

Nome: **Raphael Kubiak Cardoso (2669)** Curso: **3º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF3TB**
Sexo: **M** Data Nascimento: **13/01/2016** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Campos dos Goytacazes** UF: **RJ** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Itália, 532** Complemento: **apto 101**
Bairro: **São Pelegrino** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95010-040**
Cert. Nascimento: **147515**
Cert. Nascimento Livro: **A-412** Cert. Nascimento Folha: **266**
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Tabelionato de Notas e Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Campos dos Goytacazes** Cert. Nascimento UF: **RJ**
Identidade: **654812767** O.Exp: **spp** UF: **SP** Data: **01/02/2019** CPF: **190193307-56** INEP: **190193307 56**
E-Mail: **jessicakubiak@hotmail.com** Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Evangélica**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: Celular: **11961885556** | Celular: **11995825568** |
Autorizo Imagem: **Não**



Dados do Pai

CPF: **008670964-03** Nome: **Fred Alexandre Cardoso da Silva** Naturalidade: **Recife - PE** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **14/03/1982** Estado Civil: **Casado** Identidade: **6019237** O. Exp: **SSP** UF: **PE** Data Emissão: **19/10/2017**
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Itália, 532**
Complemento: **Ap 101** Bairro: **São Pelegrino** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95010-040**
Cx. Postal: E-Mail: **bpfredcardoso@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **11961885556** |

Dados da Mãe

CPF: **027689620-31** Nome: **Jéssica Somacal Kubiak** Naturalidade: **Bento Gonçalves - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **29/01/1993** Estado Civil: **Casado** Identidade: **3105847176** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **10/06/2021**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Itália, 532**
Complemento: **AP 101** Bairro: **São Pelegrino** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95010-040**
Cx. Postal: E-Mail: **jessicakubiak@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **11961885556** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **027689620-31** Nome: **Jéssica Somacal Kubiak** Naturalidade: **Bento Gonçalves - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **29/01/1993** Estado Civil: **Casado** Identidade: **3105847176** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **10/06/2021**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Itália, 532**
Complemento: **AP 101** Bairro: **São Pelegrino** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95010-040**
Cx. Postal: E-Mail: **jessicakubiak@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **11961885556** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **027689620-31** Nome: **Jéssica Somacal Kubiak** Naturalidade: **Bento Gonçalves - RS** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **29/01/1993** Estado Civil: **Casado** Identidade: **3105847176** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **10/06/2021**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Avenida Itália, 532**
Complemento: **AP 101** Bairro: **São Pelegrino** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95010-040**
Cx. Postal: E-Mail: **jessicakubiak@hotmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Celular: **11961885556** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **05/09/2023 14:56:55**

[X] Deferido [] Indeferido

Everson de Castro França
Administrador Escolar - Ato nº RG
0309058840

Marcia Alexandra de Oliveira Leite
Secretário(a) - Ato nº RG 6065287499

Autenticação:

3a3392d61aa90202af165e65591a3bee

Jéssica Somacal Kubiak

jessica.kubiak@eaportal.org

Aceite em: **05/09/2023 14:56:55**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raphael Kubiak Cardoso
Nº da Carteirinha: 9.77.2669
Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul



Data de Nascimento: 13/01/2016 **Nº da Guia:** 19926

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2024	16:25:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

O aluno estava no intervalo brincando de corda, teve uma queda do mesmo nível, na qual tentou passar por baixo da corda, mas a corda bateu sobre a cabeça e o aluno caiu de costa batendo a cabeça na região da nuca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elenir Marcelo de Almeida Monteiro	(54) 99908-8175

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elenir Marcelo de Almeida Monteiro	14/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital do Círculo	General Arcy da Rocha Nobrega	421	Jardim América	(54) 2101-0000 (54) 98115-3698

Observações

O aluno foi atendido na escola pelo monitor e encaminhado para atendimento hospitalar.

Ass.: _____

Sidnei Lemes 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raphael Kubiak Cardoso

Nº da Carteirinha: 9.77.2669

Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul

Data de Nascimento: 13/01/2016

Nº da Guia: 19926



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2024	16:25:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

O aluno estava no intervalo brincando de corda, teve uma queda do mesmo nível, na qual tentou passar por baixo da corda, mas a corda bateu sobre a cabeça e o aluno caiu de costa batendo a cabeça na região da nuca.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elenir Marcelo de Almeida Monteiro	(54) 99908-8175

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elenir Marcelo de Almeida Monteiro	14/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital do Círculo	General Arcy da Rocha Nobrega	421	Jardim América	(54) 2101-0000 (54) 98115-3698

Observações

O aluno foi atendido na escola pelo monitor e encaminhado para atendimento hospitalar.

Ass.: _____

Sidnei Lemes 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