



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

**CÍRCULO SAÚDE**

**Conta paciente**  
**(999999)**

|                          |                   |                    |           |         |
|--------------------------|-------------------|--------------------|-----------|---------|
| Paciente:                | Convênio:         | Usuário/Matricula: | Nº atend: | 577.937 |
| Alice Tome do Nascimento | Escola Adventista | 9772492            | Nº IC:    | 969.807 |

Prontuário: 198856      Data entrada: 05/05/2023 17:03:06      Data saída: 05/05/2023 17:49:57      Motivo Alta: 2  
Médico: Hospital do Círculo      Tipo atend: 3 - Pronto socorro  
Proc Princ: 10101039      Em Pronto Socorro      Espec/Clinica: 4      Pediátrica  
CID Princ:  
Guia: 10995.001      Validade      Origem:

Dt Conta: 31/05/2023      Dt inicial: 05/05/2023      Dt final: 05/05/2023      Refer: 31/05/23  
Título:      Protocolo: 8762

**Taxas**

| Seq            | Setor                  | Código   | Descrição                  | Data       | Qtde | VI Total |
|----------------|------------------------|----------|----------------------------|------------|------|----------|
| 1              | UUE - Sala de Urgência | 20000013 | TAXA GLOBAL PROCEDIMENTO / | 05/05/2023 | 1    | 45,00    |
| Total de Taxas |                        |          |                            |            | 1    | 45,00    |

**Total geral R\$ 45,00**

|                        |                                                             |                      |                   |                          |                              |                        |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| <b>Paciente</b>        | <b>Alice Tome do Nascimento</b>                             |                      | <b>Prontuário</b> | 198856                   | <b>Clinica</b>               |                        |
| <b>Dt. Nasc.</b>       | 01/11/2017                                                  | <b>Idade</b>         | 5a 6m 4d          | <b>Sexo</b>              | Feminino                     | <b>Estado Civil</b>    |
| <b>Naturalidade</b>    |                                                             | <b>Nacionalidade</b> | Brasileiro        | <b>RG</b>                |                              |                        |
| <b>Cert. Nasc.</b>     |                                                             | <b>CPF</b>           | 05602136037       |                          |                              |                        |
| <b>Filiação</b>        | <b>Pai</b> Andre Luis Lima do Nascimento                    |                      |                   |                          |                              |                        |
|                        | <b>Mãe</b> Cristiane Aparecida Souza Tome do Nascimento     |                      |                   |                          |                              |                        |
| <b>Conjuge</b>         |                                                             |                      |                   |                          | <b>Tipo de Atendimento</b>   | Pronto socorro         |
| <b>End. Res.</b>       | Rua Milton Roveda , 849 Nossa Senhora do Rosário            |                      | <b>Bairro</b>     | Nossa Senhora do Rosário | <b>Motivo do Atendimento</b> | Enfermagem             |
| <b>Cidade</b>          | Caxias do Sul - RS                                          | <b>CEP</b>           | 95045280          | <b>Fone</b>              |                              |                        |
| <b>Profissão</b>       |                                                             | <b>End. Prof.</b>    |                   | <b>Celular</b>           | 981250579                    |                        |
| <b>Responsável</b>     | Cristiane Aparecida Souza Tome Do Nascim                    |                      |                   |                          |                              |                        |
| <b>Endereço</b>        | Milton Roveda, 149 15 Nossa Senhora do Ros Caxias do Sul RS |                      |                   |                          | <b>Fone</b>                  |                        |
| <b>Data Entrada</b>    | 05/05/2023 17:03:06                                         |                      |                   |                          | <b>Sector</b>                | UUE - Sala de Urgência |
| <b>Acomodação</b>      | Setor sem acomodação                                        |                      |                   |                          | <b>Quarto/Leito</b>          | UUE-Emer               |
| <b>Médico Resp</b>     | Hospital do Círculo                                         |                      |                   |                          | <b>CRM</b>                   | 1412                   |
| <b>Observação</b>      |                                                             |                      |                   |                          | <b>Tp Atend / Clin</b>       | TISS                   |
| <b>Convênio</b>        | Escola Adventista                                           |                      | <b>Categoria</b>  | Semi Privativo           |                              |                        |
| <b>Cod Usuário</b>     | 9772492                                                     |                      | <b>Empresa</b>    |                          |                              |                        |
| <b>Observação</b>      |                                                             |                      | <b>Guia</b>       |                          |                              |                        |
| <b>Tipo Acomodação</b> | Semi-privativo                                              |                      |                   |                          |                              |                        |
| <b>Plano</b>           |                                                             |                      |                   |                          |                              |                        |

**Termo de Responsabilidade**

*Cristiane Tome*

Ass. Nº do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico\Usuário



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

## 2- N° Gula no Prestador

8991428

|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------|--|-----------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>31024-7</b>                        |  | 3 - Número da Guia Principal                                |  | 4 - Data da Autorização                     |  | 5 - Senha                                  |  | 6 - Data de Validade da Senha    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde |  | 12 - Atendimento a RN |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Beneficiário                                     |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 8 - N°                                                    |  | Alicia Tome do Nascimento                                   |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Atendimento: 669036                                       |  | Nasc.: 01/11/2017                                           |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Conv.: Escola Adversária                                  |  | Cof. Conv.: 972492                                          |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Nome da Mãe: Crielana Aparecida Souza Tome do N           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Data Atend: 26/04/2023                                    |  | Médico: Hospital do Circolo                                 |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 13 - Cx                                                   |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 15 - No                                                   |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 16 - N°                                                   |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 17 - N°                                                   |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 18 - UF                                                   |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 19 - Código CBO                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante               |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 21 - Caráter do Atendimento                               |  | 22 - Data da Solicitação                                    |  | 23 - Indicação Clínica                      |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  | Sutura no queixo                            |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  | Pituita em pontas a partir do dia 03/05/23. |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 24 - Tabela                                               |  | 25 - Código do Procedimento                                 |  | 26 - Descrição                              |  | 27 - Qtd. Solte.                           |  | 28 - Qtd. Aut.                   |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 1 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Contratado Executante                            |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 29 - Código na Operadora                                  |  | 30 - Nome do Contratado                                     |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados do Atendimento                                      |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 32 - Tipo de Atendimento                                  |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta                       |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados     |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 36 - Data                                                 |  | 37 - Hora Inicial                                           |  | 38 - Hora Final                             |  | 39 - Tabela                                |  | 40 - Código do Procedimento      |  | 41 - Descrição                              |  | 42 - Qtd.                     |  | 43 - Via              |  | 44 - Toc. |  | 45 - Fator Red./Acresc. |  | 46 - Valor Unitário (R\$) |  | 47 - Valor Total (R\$) |  |
| 1 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 3 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 4 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 5 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)        |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 48 - Seq. Ref.                                            |  | 49 - Grau Part.                                             |  | 50 - Código na Operadora/CPF                |  | 51 - Nome do Profissional                  |  | 52 - Conselho Profissional       |  | 53 - Número no Conselho                     |  | 54 - UF                       |  | 55 - Código CBO       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série         |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 1 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 2 -                                                       |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 58 - Observação / Justificativa                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)                         |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                        |  | 61 - Total de Materiais (R\$)               |  | 62 - Total do OPME (R\$)                   |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total de Gases Médicinais (R\$)        |  | 65 - Total Geral (R\$)        |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
|                                                           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 66 - Assinatura de Responsável pela Autorização           |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável            |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                             |  |                                                             |  |                                             |  |                                            |  |                                  |  |                                             |  |                               |  |                       |  |           |  |                         |  |                           |  |                        |  |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Alice Tomé do Nascimento

**Nº da Carteira:** 9.77.2492

**Instituição:** Escola Adventista de Caxias do Sul



**Data de Nascimento:** 01/11/2017

**Nº da Guia:** 10995.001

| Data do Retorno | Horário  | Local | Atividade            |
|-----------------|----------|-------|----------------------|
| 05/05/2023      | 17:22:26 | Pátio | Deslocamento interno |

## O que aconteceu

Queda de mesmo nível

## Partes do corpo

Rosto

## Descrição

Aluna descendo a rampa para ir para casa, tropeçou e caiu batendo o queixo.

## Testemunha da ocorrência

Sidnei Lemes

## Telefone

(54) 3228-2388

## Quem prestou primeiros socorros

Sidnei Lemes

## Data

26/04/2023

## Local de atendimento

Hospital do Círculo

## Endereço

General Arcy da Rocha Nobrega

## Nº

421

## Bairro

Jardim América

## Telefone

(54) 2101-0000

(54) 98115-3698

## Motivo do Retorno

Retirada de ponto

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](mailto:portoalegre.clinicaadventista.org.br)

# Evolução Paciente

|              |                          |        |             |                                  |
|--------------|--------------------------|--------|-------------|----------------------------------|
| Paciente     | A!ice Tome do Nascimento |        | Atendimento | 577.937                          |
| Data Nascto. | 01/11/2017               | 5 Anos | Prontuário  | 198.856                          |
| Sexo         | Feminino                 |        | Dt. Entrada | 05/05/2023 17:03:06              |
| Telefone     | 981250579                |        | Convênio    | Escola Adventista Semi Privativo |
| Leito        | UUE-Emer                 |        |             |                                  |

| Data evolução    | Liberação   | Função     | Tipo evolução | Especialidade | Usuário     | Código prof |
|------------------|-------------|------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| 05/05/2023 17:48 | 05/05 17:49 | Técnico de | Evolução Tec. |               | Jenifer     | COREN       |
|                  |             |            |               |               | Garcia Luiz | 1367431     |

paciente vem a unidade acompanhada pela mae, com retirada de pontos em regioao do queixo, com boa cicatrização sem presença de secreção, ativa e reativa, sem intercorrencia sendo loberada

