

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre					CONTA PACIENTE			
Professor Annes Dias.295 - Porto Alegre - RS CNPJ:92815000000168 - Inscr.Est.:ISENTA - Fone:32148000 (CNES 2237253)								
Paciente: JOAO GONCALVES DE MELLO		Convênio: COLEGIO ADVENTIST		Usuário/Matricula 8758542				
Categoria: GERAL - ISCMPA								
Nº Atend: 19.590.154 Nº I.C.: 21.682.023 Protocolo:								
Prontuário: 1176649 Data Entrada: 11/07/2024 12:30:27 Data Saída: 11/07/2024 13:30:13 Médico: Dra. ADRIANA BECKER (CRM 22647) Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Pediátrica CID Princ.: S00 Traum superf da cabeça Agrup setor: Hospital da Criança Santo Guia: Não informada Senha: Val. Carteira: 31/12/2024								
Dt.Conta: 11/07/24 12:32 Dt.Inicial: 11/07/24 12:30 Dt.Final: 11/07/24 13:30 Refer: 31/07/24								
Resumo da Conta								
Total da Conta R\$ 76,00								
Procedimentos Diversos								
Seq.	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.M	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
1	2	10101039	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - Consulta em pronto socorro		11/07/2024	1	76,00	76,00
Total de Procedimentos Diversos						1		76,00
Total Geral						Valor R\$ 76,00		



19590154

Paciente 2057232 - JOAO GONCALVES DE MELLO
Data Nasc. 12/01/2018 6a 5m 29d
Sexo MASCULINO
Setor HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Leito Admissão

Atendimento 19.590.154
Prontuário 1176649
Dt. Entrada 11/07/2024 12:30:27
Convênio/Categ. COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Matrícula 8758542

Previsões para o Atendimento PARTICULAR E CONVÊNIOS em Urgência e Emergência

- 1) O paciente e/ou Responsável **declara** ter conhecimento da cobertura contratada perante o seu convênio de saúde, bem como que não existe qualquer impedimento ou restrição para seu atendimento através do seu convênio de saúde, seja de carência, cobertura contratual ou financeira.
- 2) O Paciente e/ou Responsável arcará com todas as despesas médico-hospitalares, em NÍVEL PARTICULAR, caso não haja por parte do Convênio a devida cobertura ou autorização para a INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES necessários. Assim, está ciente o Paciente e/ou Responsável, de que a responsabilidade assumida, é complementar ao Convênio, no caso de haver negativa ou glosa por parte deste, mesmo se posterior ao atendimento, sendo de responsabilidade e legitimidade exclusiva do paciente eventual interferência junto ao Convênio de Saúde para reversão da negativa ou reembolso.
- 3) Tratando-se de atendimento de urgência/emergência PARTICULAR, o Hospital fica expressa e previamente autorizado a realizar todos os exames, intervenções cirúrgicas e tratamentos hospitalares necessários, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado por médico responsável. Desta forma, assume o Paciente e Responsável a obrigação pelo pagamento das despesas do atendimento particular, bem como todas as despesas geradas para a conclusão diagnóstica e tratamento.
- 4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve o presente como autorização prévia para a internação e todos procedimentos necessários ao tratamento, responsabilizando-se o Paciente e Responsável pelo pagamento das despesas decorrentes desse atendimento e declarando-se absolutamente ciente de que ao optar pelas formas de assistência médico-hospitalar Particular ou de Outros Convênios Privados com Cobertura Ambulatorial, NÃO PODERÁ, sob hipótese alguma, requerer transferência para forma de assistência do SUS na presente internação, vedação esta de natureza legal e contratual.
- 5) Para fins do cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados, sempre que for necessário para a tutela da saúde, fica o Hospital **autorizado expressamente** a coletar e tratar dados pessoais e sensíveis do paciente bem como encaminhar informações e permitir o acesso integral a todos os registros médicos (Prontuário Médico) do paciente e das internações dele constantes, para o Convênio de Saúde do qual seja beneficiário e/ou segurado, para fins de auditoria, aferição, verificação e reembolso das despesas médicas por parte daquele convênio-saúde. A Política de Privacidade da Santa Casa está disponível em <https://www.santacasa.org.br> e são complementares ao aqui previsto.
- 6) Considerando que a Santa Casa é um Hospital Escola, campo de pesquisas clínicas e acadêmicas, o Paciente/Responsável autoriza o Hospital a disponibilizar informações clínicas, resultados de exames e dados do Paciente em banco de dados para fins de pesquisa, obrigando-se a manter o integral anonimato, nos termos da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018. Havendo compatibilidade de dados clínicos para pesquisa, o Paciente autoriza a disponibilização do prontuário médico e outros dados ao pesquisador, para eventual participação em recrutamento. O consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo, através dos canais institucionais.
- 7) O Paciente/Responsável admitem como válida e aceitam as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico e outros documentos eletrônicos. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, tais como acesso por meio de usuário e senha pessoais, conforme previsão nos artigos 4º, II e artigo 14º, I da Lei 14.063/2020 e Medida Provisória nº 2.200-2/2001.
- 8) Ressalvadas as glosas ou negativas do Convênio de Saúde posteriores ao atendimento, as despesas hospitalares deverão ser pagas no momento da alta hospitalar, valendo este boletim de atendimento como título executivo extrajudicial.


Assinatura Paciente/Responsável


Assinatura do Profissional

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gonçalves de Mello
Nº da Carteirinha: 8.75.8542
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 12/01/2018

Nº da Guia: 19283

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/07/2024	09:53:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
O aluno estava brincando com o colega. O colega empurrou e ele caiu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pâmela Monitora	(00) 00000-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Viviane Monitora	11/07/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rua Professor Annes Dias	295	Centro Histórico	(51) 3214-8000

Observações
Foi ligado para mãe.

Ass.:


Jerônimo Ribeiro
Educação Adventista Coord. de Disciplina

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO-GERAL DE PERÍCIAS
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
JOÃO GONÇALVES DE MELLO

FILIAÇÃO
 LEANDRO SANTOS DE MELLO

CAROLINA MARQUES GONÇALVES

DATA NASCIMENTO 12/01/2018 ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP FATOR RH
 NATURALIDADE VIAMÃO RS

NÃO ALFABETIZADO
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 060.310.790-70 DNI
 REGISTRO GERAL **4141360745** DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2021
 REGISTRO CIVIL
 C NASC VIAMÃO RS SEDE
 MATRÍCULA: 098087 01 55 2018 1 00225 039 0049712 56
 OBSERVAÇÃO

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF
 NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL
 CERT. MILITAR
 CNH CNS

100486
 ASSINATURA DA DIRETORA
 1 VIA

POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **5067220607** DATA DE EXPEDIÇÃO **26/03/2008**

NOME
CAROLINA MARQUES GONÇALVES

FILIAÇÃO
 JOHN LUIZ ABREU GONÇALVES

MARIA INES MARQUES GONÇALVES

NATURALIDADE
 VIAMÃO RS

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1984

DOC. ORIGEM
 C NASC 12816 VIAMÃO RS
 LV A 40 FL 163

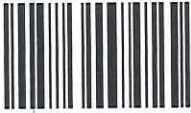
CPF
008.712.240-54

PORTO ALEGRE, RS
 2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR
 ASSINATURA DE KATIA ROSANE REOLON BILHENCOURT

500503 / 500503

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CONTA
PACIENTE

Paciente:
**VALENTINA MACHADO RODRIGUES
FERMIANO**
Categoria:
GERAL - ISCMPA

Convênio:
COLEGIO ADVENTIST

Usuário/Matrícula
10636470

Nº Atend: **19.564.376**
Nº I.C.: **21.651.288**
Protocolo:

Prontuário: 1276012 Data Entrada: 05/07/2024 16:53:41 Data Saída: 05/07/2024 19:20:15
Médico: Dra. VITORIA BONZANINI BERNARDI (CRM 49732) Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro
Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Pediátrica
CID Princ.: L02.4 Abscesso cutaneo furunculo carbunc membros

Agrup setor: Hospital da Criança Santo
Guia: 19243 Senha: Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 05/07/24 16:58 Dt.Inicial: 05/07/24 16:53 Dt.Final: 05/07/24 19:20 Refer: 31/07/24

Resumo da Conta	
Total da Conta	
R\$ 149,57	

Materiais								
Seq.	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Data	U.M	Qtd	Vi. Unit.	Vi. Total
HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -								
1	111915	313186	COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL SEM FIO	05/07/2024	pct	3	3,69	11,07
2	55986	5195016	LUVA CIRURGICA ESTERIL LATEX COM PO TAMANHO 6,5	05/07/2024	un	1	2,28	2,28
3	55104	15793	SERINGA DESCARTAVEL LUER LOCK 5ML BD PLASTIPAK REF	05/07/2024	un	1	3,39	3,39
Total de Materiais						5		16,74

Suturas									
Seq.	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.M	Qtd	VI. Unit.	VI.
HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -									
1	58599	3950239	MONONYLON 5 PRETO COM	MONONYLON 5 PRETO	05/07/2024	un	1	56,83	56,83
Total de Suturas							1		56,83

Procedimentos Diversos								
Seq.	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.M	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -								
1	2	10101039	Consulta em pronto socorro		05/07/2024	1	76,00	76,00
Total de Procedimentos Diversos						1		76,00

Total Geral									Valor
									R\$ 149,57

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

19243

4 - Data da Autorização

05/07/2024

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

19243

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

19243

8 - Número da Carteira

10636470

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

VALENTINA MACHADO RODRIGUES FERMIANO

11 - Cartão Nacional de Saúde

8980058853095

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora

92815000000168

14 - Nome do Contratado

Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/07/2024

23 - Indicação Clínica

L02.4 Abscesso cutâneo furunculo carbunc membros

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd Solic.

28 - Qtd Aut.

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

1

2

3

4

5

31 - Código CNES

2237253

32 - Tipo de Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a 38 - Hora final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

1

05/07/2024

16:53:41

19:20:15

22

10101039

Consulta em pronto socorro

2

3

4

5

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Valor Red. Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

1

1,00

76,00

76,00

52 - Conselho Profissional

06

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

20289

RS

06155

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

76,00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Materiais (R\$)

73,57

62 - Total de OPME (R\$)

0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

149,57

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

08/07/2024

09/07/2024

08/07/2024

Impresso em:

08/07/2024 15:39:48

Página

1

F45615

WATE70106

V.3.0
Atend.: 19564376
Conta: 21651288

2 - N° Guia no Prestador 21651288

COLEGIO ADVENTISTA
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT



Paciente	2292840 - VALENTINA MACHADO RODRIGUES FERMIANO	Atendimento	19.564.376
Data Nasc.	19/01/2018 6a 5m 16d	Prontuário	1276012
Sexo	FEMININO	Dt. Entrada	05/07/2024 16:53:41
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)	Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Admissão	Matrícula	10636470

Previsões para o Atendimento PARTICULAR E CONVÊNIOS em Urgência e Emergência

1) O paciente e/ou Responsável **declara** ter conhecimento da cobertura contratada perante o seu convênio de saúde, bem como que não existe qualquer impedimento ou restrição para seu atendimento através do seu convênio de saúde, seja de carência, cobertura contratual ou financeira.

2) O Paciente e/ou Responsável arcará com todas as despesas médico-hospitalares, em NÍVEL PARTICULAR, caso não haja por parte do Convênio a devida cobertura ou autorização para a INTERNAÇÃO, PROCEDIMENTOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES necessários. Assim, está ciente o Paciente e/ou Responsável, de que a responsabilidade assumida, é complementar ao Convênio, no caso de haver negativa ou glosa por parte deste, mesmo se posterior ao atendimento, sendo de responsabilidade e legitimidade exclusiva do paciente eventual interferência junto ao Convênio de Saúde para reversão da negativa ou reembolso.

3) Tratando-se de atendimento de urgência/emergência PARTICULAR, o Hospital fica expressa e previamente autorizado a realizar todos os exames, intervenções cirúrgicas e tratamentos hospitalares necessários, com objetivo diagnóstico e/ou terapêutico, quando devidamente requisitado por médico responsável. Desta forma, assume o Paciente e Responsável a obrigação pelo pagamento das despesas do atendimento particular, bem como todas as despesas geradas para a conclusão diagnóstica e tratamento.

4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve o presente como autorização prévia para a internação e todos procedimentos necessários ao tratamento, responsabilizando-se o Paciente e Responsável pelo pagamento das despesas decorrentes desse atendimento e declarando-se absolutamente ciente de que ao optar pelas formas de assistência médico-hospitalar Particular ou de Outros Convênios Privados com Cobertura Ambulatorial, NÃO PODERÁ, sob hipótese alguma, requerer transferência para forma de assistência do SUS na presente internação, vedação esta de natureza legal e contratual.

5) Para fins do cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados, sempre que for necessário para a tutela da saúde, fica o Hospital **autorizado expressamente** a coletar e tratar dados pessoais e sensíveis do paciente bem como encaminhar informações e permitir o acesso integral a todos os registros médicos (Prontuário Médico) do paciente e das internações dele constantes, para o Convênio de Saúde do qual seja beneficiário e/ou segurado, para fins de auditoria, aferição, verificação e reembolso das despesas médicas por parte daquele convênio-saúde. A Política de Privacidade da Santa Casa está disponível em <https://www.santacasa.org.br> e são complementares ao aqui previsto.

6) Considerando que a Santa Casa é um Hospital Escola, campo de pesquisas clínicas e acadêmicas, o Paciente/Responsável autoriza o Hospital a disponibilizar informações clínicas, resultados de exames e dados do Paciente em banco de dados para fins de pesquisa, obrigando-se a manter o integral anonimato, nos termos da Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018. Havendo compatibilidade de dados clínicos para pesquisa, o Paciente autoriza a disponibilização do prontuário médico e outros dados ao pesquisador, para eventual participação em recrutamento. O consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo, através dos canais institucionais.

7) O Paciente/Responsável admitem como válida e aceitam as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico e outros documentos eletrônicos. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica, tais como acesso por meio de usuário e senha pessoais, conforme previsão nos artigos 4º, II e artigo 14º, I da Lei 14.063/2020 e Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

8) Ressalvadas as glosas ou negativas do Convênio de Saúde posteriores ao atendimento, as despesas hospitalares deverão ser pagas no momento da alta hospitalar, valendo este boletim de atendimento como título executivo extrajudicial.

Tatiane da Silva Machado
Assinatura Paciente/Responsável

Jardes F. da Silva Costa
Assinatura do Profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

2ª VIA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

VALENTINA MACHADO RODRIGUES FERMIANO

CPF

056.933.290-70

MATRÍCULA

098269 01 55 2018 1 00231 156 0086176 58

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dezenove de janeiro de dois mil e dezoito

DIA

19

MÊS

01

ANO

2018

HORA DE NASCIMENTO

À 00:59 hora

NATURALIDADE

Gravataí, RS

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Gravataí, RS

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Hospital Dom João Becker, Gravataí, RS

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Cristiano Rodrigues Fermiano e Tatiane da Silva Machado, ambos naturais de Porto Alegre, RS, residentes e domiciliados em Gravataí, RS.

AVÓS

Avós: Manoel da Silva Fermiano, Rosângela Maria Rodrigues Fermiano, Isaac Lemos Machado e Lucelena da Silva Machado

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

"sem informação"

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dezenove de janeiro de dois mil e dezoito

NÚMERO DA DNV

30764076932

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Não constam anotações ou averbações no registro.

Serviço de Registros e Tabelionato de Protesto
Valecy Cabeleira Bitelo - Tabelião/Registrador
Gravataí/RS

Av. José Loureiro da Silva, 1826

(51)3488-1800

registrocivilgravatais@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
Gravataí, 17 de junho de 2022

Bel. Tatiana Osório de Lima Soares
Escrevente Autorizada

Selo Digital de Fiscalização Notarial e Registral (Lei Estadual n.12.692/2006):

(0252.04.2100008.18412 = R\$ 4,40); (0252.01.2100008.00174 = R\$ 1,80) Emolumentos: Certidão: R\$ 34,10;

Processamento eletrônico: R\$ 6,00

A validade dos selos digitais poderá ser consultada no site do Tribunal de Justiça: www.tjrs.jus.br

Registro Civil das
Pessoas Naturais.
Gravataí-RS - Centro
Fone: 3488-1800



A consulta estará disponível em até 24h
no site do Tribunal de Justiça do RS
<http://go.tjrs.jus.br/selodigital/consulta>
Chave de autenticidade para consulta
098269 55 2022 00010594 35

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 05/02/2019

REGISTRO GERAL 6113339615

NOME TATIANE DA SILVA MACHADO

FILIAÇÃO ISAAC LEMOS MACHADO

LUCILENA DA SILVA MACHADO

NATURALIDADE PORTO ALEGRE RS

DATA DE NASCIMENTO 16/06/1993

PIIS / PASEP 100483 / 100483

DOC. ORIGEM C NASC: PORTO ALEGRE RS 4ª ZONA

MATRÍCULA: 099804 01 55 1993 1 00376 155 0150253 86

CPF 029.273.620-76

PORTO ALEGRE, RS 2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO GERAL DE PERÍCIAS

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polegar Direito

Tatiane da Silva Machado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Machado Rodrigues Fermiano
Nº da Carteirinha: 10.63.6470
Instituição: Colégio Adventista de Gravataí



Data de Nascimento: 19/01/2018

Nº da Guia: 19243

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/07/2024	14:33:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

Aluna estava no recreio, um colega que estava correndo esbarrou nela que caiu batendo com o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Régis	(51) 3042-0351

Quem prestou primeiros socorros

Ana Paula

Data

05/07/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Rua Professor Annes Dias	295	Centro Histórico	(51) 3214-8000

Observações

Aluna estava no recreio, um colega que estava correndo esbarrou nela que caiu batendo com o queixo no chão. Feito curativo compressivo. Contato com a mãe.

Ass.:

Ana Paula Gonçalves
Coordenadora de Disciplina

Ana Paula da Silva Goncalves

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

