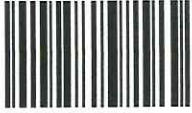


Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Professor Annes Dias,295 - Porto Alegre - RS

CNPJ:92815000000168 - Inscr.Est.:ISENTA - Fone:32148000

(CNES 2237253)



CONTA

PACIENTE

Paciente:

JOAO VITOR SELOIS DOS SANTOS

Convênio:

COLEGIO ADVENTIST

Usuário/Matrícula

8758160

Categoria:

GERAL - ISCMPA

Nº Atend:

20.025.853

Nº I.C.:

22.210.886

Protocolo:

Prontuário: 605284

Data Entrada: 07/10/2024 18:40:00

Data Saída: 07/10/2024 22:15:27

Médico: Dr. BRUNO HIDEEMI TOMINAGA (CRM 50284)

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Proc. Princ.: 41001010 Crânio Ou Sela Túrsica Ou Órbitas

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

CID Princ.: S09

Outr traum da cabeça e os NE

Agrup setor: Hospital da Criança Santo

Guia: 21843001

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 07/10/24 18:41

Dt.Inicial: 07/10/24 18:40

Dt.Final: 07/10/24 22:15

Refer: 31/10/24

Resumo da Conta	
Total da Conta	
R\$ 723,79	

Materiais									
Seq.	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial		Data	U.M	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HDVS-Tomografia (CC5258) -									
1	57332	91561	AGULHA DESCARTAVEL PONTA ROMBA 18GX1 1,20X25MM BD		07/10/2024	un	1	3,87	3,87
2	55016	770041	AGULHA DESCARTAVEL 18GX1 1/2 1,20X40MM BD		07/10/2024	un	1	2,23	2,23
3	111915	313186	COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL SEM FIO		07/10/2024	pct	1	3,69	3,69
4	59323	282016	DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO MEDIA		07/10/2024	un	1	13,19	13,19
5	200307	249051	EXTENSOR E ACESSORIOS P/ RESSONANCIA MAGNETICA		07/10/2024	un	1	53,15	53,15
6	136547	176124	EXTENSOR PARA INECAO DE MEIO DE CONTRASTE 20CM		07/10/2024	un	1	136,36	136,36
7	55088	15796	SERINGA DESCARTAVEL LUER LOCK 10ML BD PLASTIPAK		07/10/2024	un	1	4,57	4,57
8	124721	167595	TORNEIRA DESCARTAVEL ESTERIL 3 VIAS TRO-VENOFLOW		07/10/2024	un	1	30,56	30,56
Total de Materiais							8		247,62

Medicamentos									
Seq.	Cód. Sist.	Código	Desc. Comercial	Desc. Genérica	Data	U.M	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HDVS-Tomografia (CC5258) -									
1	55817	90072294	CLORETO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 0,9% 10ML FARMACE	CLORETO DE SODIO	07/10/2024	Amp	1	1,16	1,16
2	52510	90019830	CLORETO DE SODIO SOLUCAO INJETAVEL 0,9% 100ML BOLSA BAXTER	CLORETO DE SODIO	07/10/2024	Bs	1	9,28	9,28
Total de Medicamentos							2		10,44

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			07/10/2024	1	76,00	76,00
Total de Procedimentos Diversos							1		76,00

Exames de Imagem									
Seq.	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial		U.M	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HDVS-Tomografia (CC5258) -									
1	2091	41001010	TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas			07/10/2024	1	389,73	389,73
Total de Exames de Imagem							1		389,73

Total Geral		Valor							
		R\$ 723,79							

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0

Atend.: 20025853

Conta: 22210886

2 - N° Guia no Prestador 22210886

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

21843001

4 - Data da Autorização

5 - Senha

07/10/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

21843001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

8758160

31/12/2024

10 - Nome

JOAO VITOR SELOIS DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

898004192126739

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Contratado

Irmandade 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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

2

07/10/2024

23 - Indicação Clínica

S09 Outr trauma da cabeça e os NE

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

41001010

TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas

27 - Qtde Solic.

28 - Qtde Aut.

1

1

29

30

31

32

33

34

35

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

92815000000168

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

31 - Código CNES

2237253

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada)

04

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora inicial a 38 - Hora final

07/10/2024

18:40:00

22:15:27

22

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtde.

43 - Via

44 - Ec.

45 - Valor Red. Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

1,00

389,73

389,73

48

49

50

51

52

53

54

55

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

389,73

0,00

0,00

247,62

0,00

10,44

0,00

647,79

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total Geral (R\$)

70 - Assinatura do Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Responsável

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Responsável

257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Responsável

260 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Responsável

263 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Responsável

266 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Responsável

269 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Responsável

272 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Responsável

275 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Responsável

278 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Responsável

281 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Responsável

284 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura do Responsável

287 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

288 - Assinatura do Contratado

289 - Assinatura do Responsável

290 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

291 - Assinatura do Contratado

292 - Assinatura do Responsável

293 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

294 - Assinatura do Contratado

295 - Assinatura do Responsável

296 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

297 - Assinatura do Contratado

298 - Assinatura do Responsável

299 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

300 - Assinatura do Contratado

Impresso em: 09/10/2024 16:48:06

Página 1

F45615

WATE70106

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0
Atend.: 20025853
Conta: 22210886

1 - Registro ANS
21843001

3 - N° Guia Principal
21843001

4 - Data da Autorização
07/10/2024

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21843001

8 - Número da Carteira
8758160

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
JOAO VITOR SELOIS DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde
898004192126739

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Nome do Contratado
Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/10/2024

23 - Indicação Clínica
S09 Outr trauma da cabeça e os NE

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

Dados do Contratado Executante

29 - Nome do Contratado
Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

30 - Nome do Contratado
Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
07/10/2024

37 - Hora inicial a 38 - Hora final
18:40:00 22:15:27

39 - Tabela
22

40 - Código do Procedimento
10101039

41 - Descrição
Consulta em pronto socorro

42 - Qtd.
1

43 - Via

44 - rec.

45 - Fator Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)
76,00

47 - Valor total (R\$)
76,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.
1

49 - Gr. Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
62465392034

51 - Nome do Profissional
ALINE MEDEIROS BOTTA

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
20289

54 - UF
RS

55 - Código CBO
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\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total Gases Medicinais R\$
0,00

65 - Total Geral (R\$)
76,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

09/10/2024

09/10/2024

Impresso em: 09/10/2024 16:48:06

Página 2

F45615

WATE70106



Paciente	1035524 - JOAO VITOR SELOIS DOS SANTOS		Atendimento	20.025.853
Data Nasc.	01/02/2014	10a 8m 6d	Prontuário	605284
Sexo	MASCULINO		Dt. Entrada	07/10/2024 18:40:00
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)		Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Admissão		Matrícula	8758160

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 admite 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.

Bruno Hideni Tominaga
Médico
CRM/RS 50284


Assinatura Paciente/Responsável


Assinatura do Profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



NOME
JOÃO VÍTOR SELOIS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
DEIVIDE RIBAS DOS SANTOS

CRISTINE DA SILVEIRA SELOIS DOS SANTOS

DATA NASCIMENTO 01/02/2014 ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP FATOR RH
NATURALIDADE PORTO ALEGRE RS

JOÃO VÍTOR
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF DNI
REGISTRO GERAL **7139943687** DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/2019
REGISTRO CIVIL
C NASC VIAMÃO RS SEDE
MATRÍCULA: 098087 01.55 2014 1 00210 170 0046843 48
OBSERVAÇÃO

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



POLEGAR DIREITO

500503 
Katia Rosane Reolon Bittencourt
ASSINATURA DA DIRETORA 1 VIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2 e 1 NOME E SOBRENOME
CRISTINE DA SILVEIRA SELOIS DOS SANTOS

1ª HABILITAÇÃO
02/10/2018

3 DATA, LOCAL E UF DE NASCIMENTO
08/09/1992, PORTO ALEGRE, RS

4a DATA EMISSÃO
23/08/2024

4b VALIDADE
22/08/2034

ACC
D

4c DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
1111587679 SSP RS

4d CPF
031.982.420-96

5 Nº REGISTRO
07138605012

9 CAT HAB
B

NACIONALIDADE
BRASILEIRO(A)

FILIAÇÃO
CLAUDIO VANDERLEI DE C SELOIS
CLEIVA MARILDA DA SILVEIRA SELOIS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2843063612

7 ASSINATURA DO PORTADOR
Cristine Selois