

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:
HEITOR FAGUNDES VIEIRA

Convênio:
COLEGIO ADVENTIST

Usuário/Matrícula
8758328

Categoria:
GERAL - ISCMPA

Nº Atend: **19.943.562**
Nº I.C.: **22.111.531**
Protocolo:

Prontuário: 1065805 Data Entrada: 19/09/2024 15:47:28 Data Saída: 19/09/2024 18:16:08

Médico: Dr. JARBAS TADEU FORTES (CRM 13848)

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

CID Princ.: J00 Nasofaringite aguda

Agrup setor: Hospital da Criança Santo

Guia: 21102

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 19/09/24 15:49 Dt.Inicial: 19/09/24 15:47 Dt.Final: 19/09/24 18:16 Refer: 30/09/24

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
HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -								
1	2	10101039	Consulta em pronto socorro		19/09/2024	1	76,00	76,00
Total de Procedimentos Diversos						1		76,00

Total Geral

Valor
R\$ 76,00

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0

Atend.: 19943562

Conta: 22111531

2 - N° Guia no Prestador 22111531

1 - Registro ANS

3 - N° Guia Principal

21102

4 - Data da Autorização

5 - Senha

19/09/2024

6 - Data Validade da Senha

21102

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

21102

8 - Número da Carteira

8758328

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

HEITOR FAGUNDES VIEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

700400438706340

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora

92815000000168

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

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/09/2024

23 - Indicação Clínica

J00 Nasofaringite aguda

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qtde.Solic.

1

28 - Qtde.Aut.

1

2

3

4

5

29 - Código na Operadora

92815000000168

30 - Nome do Contratado

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

31 - Código CNES

2237253

32 - Tipo de Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (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

19/09/2024

15:47:28

18:16:08

22

10101039

Consulta em pronto socorro

42 - Qtde.

1

43 - Via

44 - Iec.

45 - Valor Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor total (R\$)

1,00

76,00

76,00

2

3

4

5

48 - Seq. Rel.

49 - Gr.Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1

12

62465392034

ALINE MEDEIROS BOTTA

06

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\$)

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

24/09/2024

69 - Assinatura do Responsável

24/09/2024

Impresso em: 24/09/2024 14:45:59

Página 1

F45615

WATE70106



Paciente **1847521 - HEITOR FAGUNDES VIEIRA**
Data Nasc. 15/05/2017 7a 4m 4d
Sexo MASCULINO
Setor HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Leito Admissão

Atendimento 19.943.562
Prontuário 1065805
Dt. Entrada 19/09/2024 15:47:28
Convênio/Categ. COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Matrícula 8758328

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.

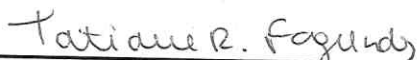
4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve 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: Heitor Fagundes Vieira
Nº da Carteira: 8.75.8328
Instituição: Colégio Adventista de Viamão



Data de Nascimento: 15/05/2017

Nº da Guia: 21102

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2024	14:57:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O aluno teve um desentendimento com o colega na hora do recreio. O colega bateu no nariz do aluno. Foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ninguém Percebeu	(00) 00000-0000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Viviane Monitara.	18/09/2024

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

A mãe optou fazer uso do auxílio AMA.


Ass.: **Jerônimo Ribeiro Salgueiro**
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

Impresso por: Jerônimo Ribeiro Salgueiro

1 de 1

18/09/2024 16:58



19943562

Paciente **1847521 - HEITOR FAGUNDES VIEIRA**
Data Nasc. 15/05/2017 7a 4m 4d
Sexo MASCULINO
Setor HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Leito Admissão

Atendimento 19.943.562
Prontuário 1065805
Dt. Entrada 19/09/2024 15:47:28
Convênio/Categ. COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -

Triagem	Classificação	Profissional	Dt. Liberação
	Verde	Lucas Alves Joaquim	19/09/2024 15:43:07

Sinais	Data Sinal	PA	FC	FR	Temp	Glic.	Sat	BCF
Andreia Dias Mathias	19/09/2024 15:36:09		68		36		96	

PACIENTE RECEBOU UM SOCO NO NARIZ NA TERÇA-FEIRA, ESCOLA SOLICITA QUE MÃE TRAGA AO HOSPITAL PARA AVALIAÇÃO.
NEGA ALERGIA

Evolução	Profissional	Cód. Profissional
19/09/2024 15:41:50	ANDREIA DIAS MATHIAS	

Avaliação: Ficha de Classificação

Ficha de Classificação de Risco - Emergência

Motivo de atendimento : PACIENTE RECEBOU UM SOCO NO NARIZ NA TERÇA-FEIRA, ESCOLA SOLICITA QUE MÃE TRAGA AO HOSPITAL PARA AVALIAÇÃO.
NEGA ALERGIA

Sinais vitais

SAT (%) : 96
TAX (°C) : 36
FC (bpm) : 68
Peso (kg) : 26.3

Qual motivo?

Avaliação : Sim
Oncológico? : Não
Suspeita de SEPSE? : Não
Dor torácica : Não
Emergência de origem : HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Procedência : Residência

Risco Emergência

Risco de Queda em idade <5 anos ou >60 anos : Sim

Alergias : NEGA

Paciente/acompanhante/ Responsável legal: Orientado quanto a classificação de risco e tempo de espera para atendimento médico conforme protocolo de restrição de acordo com a sua classificação de risco : Sim

19/09/2024 16:06:33 JARBAS TADEU FORTES CRM 13848

Levou um soco no nariz do primo há 2 dias, atr's

otosc- so orof- sp
rinocopia- hipertrofia de cornetos, SEm sangramento

C- salsep

marcar otorrino

Dr. Marcelo Fagundes
CRM 24061 Coordenador
Médico Segmento Emergência

Diagnóstico	Profissional
19/09/2024 16:10:12	JARBAS TADEU FORTES
J00	NASOFARINGITE AGUDA

Desfecho	Tipo	Especialidade	Motivo Alta	Orientação
	Alta		ALTA MÉDICA	ALTA MÉDICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

HEITOR FAGUNDES VIEIRA

MATRÍCULA:

098087 01 55 2017 1 00222 162 0049235-16

CPF: 054.353.380-85

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de maio de dois mil e dezessete

DIA

15

MÊS

05

ANO

2017

HORA

13h14min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Porto Alegre - RS

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Viamão - RS

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Divina Providência

SEXO

Masculino

FILIAÇÃO

Maicon Silva Vieira, instrutor de educação profissional.
Tatiane de Rodrigues Fagundes Vieira, professora.

AVÓS

Avós paternos: Clarice Silva Vieira; Avós maternos: Luiz Gustavo Gonçalves Fagundes e Cleci de Rodrigues Fagundes

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dezesseis de maio de dois mil e dezessete

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30727891040

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais

Titular do Ofício: Maria Clair Machado Guimarães, Oficiala

Designada

Comarca: Viamão, RS

Viamão - RS

Rua Julieta Pinto César, 163, sala 202, Centro

Fone: (51) 30541913

E-Mail: registrocivilviamao@yahoo.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Viamão, 16 de maio de 2017.

Maria Clair Machado Guimarães
Oficiala Designada

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

0737.00.1400001.28232

Emolumentos: Gratuito

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSTO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO - DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCION

2.1.1 NOME E SOBRENOME
TATIANE DE RODRIGUES FAGUNDES VIEIRA

1.1 HABILITAÇÃO
09/11/2007

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO
05/01/1984 SANTA MARIA/RS

4.1 DATA EMISSÃO
11/10/2022

4.2 VALIDADE
11/10/2032

4.3 ACC
D

4.4 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
1096198672 SJS/RS

4.5 CPF
000.849.910-11

4.6 Nº REGISTRO
04222034712

4.7 CAT. HAB.
A3

4.8 NACIONALIDADE
BRASILEIRO

4.9 FIMACAO
LUIZ GUSTAVO GONCALVES FAGUNDES

4.10 CATEGORIA
CLECI DE RODRIGUES FAGUNDES

2459900659

Tatiane R. Fagundes

7 ASSINATURA DO PORTADOR