

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:

KAYLLAN FERREIRA PACHECO

Convênio:

COLEGIO ADVENTIST

Usuário/Matrícula

9402569

Categoria:

GERAL - ISCMPA

Nº Atend:

19.886.783

Nº I.C.:

22.043.042

Protocolo:

Prontuário: 2116771

Data Entrada: 09/09/2024 17:28:39

Data Saída: 10/09/2024 03:26:18

Médico: Dr. RAFAEL BUENO MAZZUCA (CRM 31376)

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

CID Princ.: S01.9 Ferim na cabeça parte NE

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

Guia: 20790

Agrup setor: Hospital da Criança Santo

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 09/09/24 17:30

Dt.Inicial: 09/09/24 17:28

Dt.Final: 10/09/24 03:26

Refer: 30/09/24

Resumo da Conta	
Total da Conta	
R\$ 84,26	

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	09/09/2024	pct	1	3,69	3,69
2	55990	5195049	LUVA CIRURGICA ESTERIL LATEX COM PO TAMANHO 7,5	09/09/2024	un	1	4,57	4,57
Total de Materiais						2		8,26

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		09/09/2024	1	76,00	76,00
Total de Procedimentos Diversos						1		76,00
Total Geral								

Total Geral								Valor
								R\$ 84,26

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0

Atend.: 19886783
Conta: 22043042

2 - N° Guia no Prestador 22043042

2 - N° Guia no Prestador 22043042

3 - N° Guia Principal 20790

4 - Data da Autorização 09/09/2024

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha 20790

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20790

8 - Número da Carteira 9402569

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome KAYLLAN FERREIRA PACHECO

11 - Cartão Nacional de Saúde

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 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 09/09/2024

23 - Indicação Clínica S01.9 Ferim na cabeça parte NE

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 92815000000168

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

Dados do atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial a 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

1 09/09/2024 17:28:39 03:26:18 22 10101039 Consulta em pronto socorro

2

3

4

5

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

49 - Gr.Pat. 50 - Código na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12 62465392034 ALINE MEDEIROS BOTTA

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

3 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

4 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 76,00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00

61 - Total Materiais (R\$) 8,26

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

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

64 - Total Gases Médicos (R\$) 0,00

65 - Total Geral (R\$) 84,26

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 10/09/2024

68 - Assinatura do Contratado 10/09/2024

Impresso em: 10/09/2024 11:07:23

Página 1

F57278

WATE70106



Paciente	3155417 - KAYLLAN FERREIRA PACHECO			
Data Nasc.	26/05/2010	14a 3m 14d	Atendimento	19.886.783
Sexo	MASCULINO		Prontuário	2116771
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)		Dt. Entrada	09/09/2024 17:28:39
Leito	Admissão		Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -

CIRURGIA PEDIÁTRICA

Paciente com ferimento corto contuso em face com necessidade de sutura

Conduta:

Realizado sutura com mononylon 4-0

Orientações:

Retirar pontos em 10 dias

Paracetamol se dor

Retorno à emergência se intercorrências

Diagnóstico	Profissional
09/09/2024 20:50:26	RAFAEL BUENO MAZZUCA
S019	S01.9 Ferim na cabeça parte NE

Desfecho	Tipo	Especialidade	Motivo Alta	Orientação
	Alta		ALTA MÉDICA	ALTA MÉDICA

DR. RAFAEL BUENO MAZZUCA (CRM 31376)

Assinado eletronicamente através de login e senha pessoal em sistema certificado pela Sociedade Brasileira e Informática em Saúde (SBIS)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kayllan Ferreira Pacheco
Nº da Carteirinha: 9.40.2569
Instituição: Escola Adventista de Cachoeirinha



Data de Nascimento: 26/05/2010

Nº da Guia: 20790

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	15:51:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Olho Esquerdo

Descrição

Aluno bateu com o supercílio na porta, causando um corte.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elisa Bitello	(51) 3111-1111

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elisa Bitello	09/09/2024

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

Feito curativo no local.

COLEGIO ADVENTISTA DE CACHOEIRINHA

PARECER CEEE 102/97

Rua Antônio Bastos, 291 - Vila Regina

Cep: 94930-070, Cachoeirinha/RS

Fone: (51) 3111-1111

CNPJ: 87.115.838/0003-70

Ass.:

Email: cach.acsr@educadventista.org.br

Tatiane Sansonove Ribeiro

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



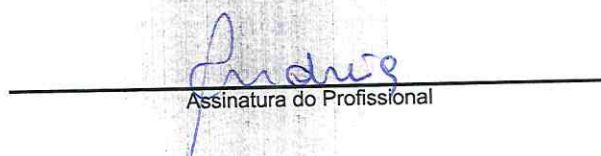
Paciente **3155417 - KAYLLAN FERREIRA PACHECO**
Data Nasc. 26/05/2010 14a 3m 14d
Sexo MASCULINO
Setor HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Leito Admissão

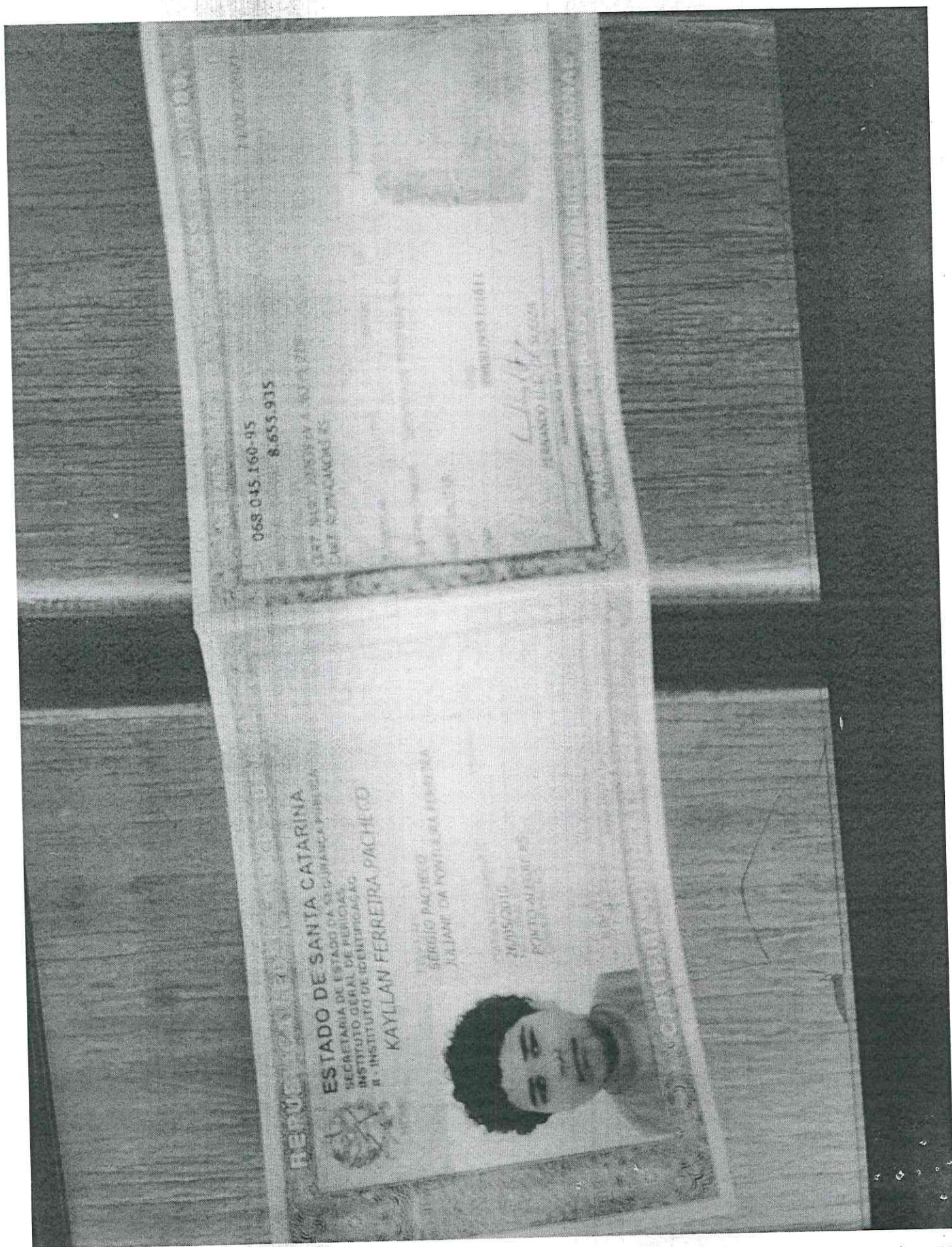
Atendimento 19.886.783
Prontuário 2116771
Dt. Entrada 09/09/2024 17:28:39
Convênio/Categ. COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Matricula 9402569

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.


Assinatura Paciente/Responsável


Assinatura do Profissional



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCION

11 HABILITACAO
09/10/2007

2.1 NOME E SOBRENOME
JULIANE DA FONTOURA FERREIRA

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO
29/01/1976 PORTO ALEGRE/RS

4a DATA EMISSAO
24/02/2024

4b VALIDADE
27/09/2033

4c DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2051352074 SJS RS

4d CPF
892.794.090-34

5 PP REGISTRO
04205300720

5 CAT. HAB.
AB

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

FILIAÇÃO
JULIO TADEU DE FREITAS FERREIRA
EVA IVONE DA FONTOURA FERREIRA

VALIDADE NACIONAL
2785192722

Juliane da Fontoura