



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

COLEGIO ADVENTISTA - CNPJ: 15116763000331

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

CGC: 9281500000168 - Insc. Est.: 0962572489 - Fone 3214 8000

Fatura: 1299289
Tipo Protocolo Pronto Atendimento
Dt. Entrega Conv: 05/04/2024
Dt. Vencimento 05/05/2024
Título: 6664581
Nota Fiscal (NFe):

Atendimento	Conta	Paciente	Nº Guia	Matrícula	Data Entrada	Data Alta	Total
18487951	20378518	WALDEMAR LASCOSKI NETO	14321	12.2.11758	08/11/2023	08/11/2023	76,00

Total do Protocolo: 1 76,00

Após o vencimento incidirá multa de 2% sobre o valor da fatura.

Recebido: ____/____/____ Assinatura: _____



Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

COLEGIO ADVENTISTA - CNPJ: 15116763000331

Professor Annes Dias, 295 - Porto Alegre - RS

CGC: 9281500000168 - Insc. Est.: 0962572489 - Fone 3214 8000

Fatura: 1299289
Tipo Protocolo Pronto Atendimento
Dt. Entrega Conv: 05/04/2024
Dt. Vencimento 05/05/2024
Título: 6664581
Nota Fiscal (NFe):

Atendimento	Conta	Paciente	Nº Guia	Matrícula	Data Entrada	Data Alta	Total
-------------	-------	----------	---------	-----------	--------------	-----------	-------

18487951	20378518	WALDEMAR LASCOSKI NETO	14321	12.2.11758	08/11/2023	08/11/2023	76,00
----------	----------	------------------------	-------	------------	------------	------------	-------

Total do Protocolo:							76,00
---------------------	--	--	--	--	--	--	-------

Após o vencimento incidirá multa de 2% sobre o valor da fatura.

Recebido: ____/____/____ Assinatura: _____



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Boletim de Atendimento - Emergência



18487951

Paciente	3628083 - WALDEMAR LASCOSKI NETO
Data Nasc.	07/11/2006
Sexo	MASCULINO
Sector	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)
Leito	Admissão
Atendimento	18.487.951
Prontuário	2019277
Dt. Entrada	08/11/2023 16:17:32
Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Matrícula	12.2.11758

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, esta cliente 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 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 internado em 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 intervenções 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 e aceita as assinaturas eletrônicas avançadas 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

Maithe Maria Zoratti
Emergência Pediátrica
CRM 33571

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

067.659.431-02

REGISTRO GERAL 3453104-1 - 1ª Via

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

WALDEMAR LASCOSKI NETO

C.NASC. 033910 LIV.A-083 FLS 025 LARANJEIRAS DO

SUL-PR

1. ELIOTON

CPF 704801593215940

DATA DE EMISSÃO 31/08/2020

ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura do titular

057

Polegar direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

067.659.431-02

REGISTRO GERAL 3453104-1 - 1ª Via

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

WALDEMAR LASCOSKI NETO

C.NASC. 033910 LIV.A-083 FLS 025 LARANJEIRAS DO

SUL-PR

1. ELIOTON

CPF 704801593215940

DATA DE EMISSÃO 31/08/2020

ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura do titular

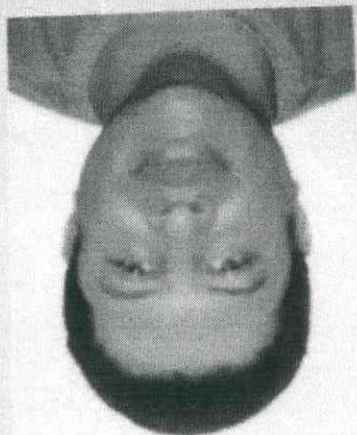
057

Polegar direito

Verifique autenticidade do QR Code com o app Vio

VÁLIDA EM TODO
TERITÓRIO NACIONAL

2111375732



Nº REGISTRO

03039863228

DANIELSON ROALY SILVA

NOME

DOC. IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF

14115988 SSP SP

CPF

298.613.218-96

DATA NASCIMENTO

09/11/1981

FILIAÇÃO

LUÍZ CARLOS SILVA

ELZA FALCAO PEREIRA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

VALIDADE

23/07/2025

1ª HABILITAÇÃO

30/09/2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



RS