

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:

ISABELLE MONGE PERRONI

Convênio:

COLEGIO ADVENTIST

Usuário/Matricula

8655234

Categoria:

GERAL - ISCMPA

Nº Atend:

19.692.710

Nº I.C.:

21.809.234

Protocolo:

Prontuário: 1199068

Data Entrada: 01/08/2024 12:02:21

Data Saída: 01/08/2024 16:19:45

Médico: Dra. BARBARA MIGLIORINI NUNES (CRM 55358)

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 Pediátrica

CID Princ.: S09

Outr traum da cabeça e os NE

Agrup setor: Hospital da Criança Santo

Guia: 19507

Senha:

Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 01/08/24 12:06

Dt.Inicial: 01/08/24 12:02

Dt.Final: 01/08/24 16:19

Refer: 31/08/24

|                 |  |
|-----------------|--|
| Resumo da Conta |  |
| Total da Conta  |  |
| R\$ 80,98       |  |

| Materiais                             |            |        |                                              |            |     |     |           |           |
|---------------------------------------|------------|--------|----------------------------------------------|------------|-----|-----|-----------|-----------|
| Seq.                                  | Cód. Sist. | Código | Desc. Comercial                              | Data       | U.M | Qtd | Vi. Unit. | Vi. Total |
| HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - |            |        |                                              |            |     |     |           |           |
| 1                                     | 105204     | 170778 | DOSADOR ORAL RMDESC II COM TAMPA 3ML SUNCITY | 01/08/2024 | un  | 1   | 3,15      | 3,15      |
| Total de Materiais                    |            |        |                                              |            |     | 1   |           | 3,15      |

| Medicamentos                          |            |          |                                                         |                |            |     |     |           |           |
|---------------------------------------|------------|----------|---------------------------------------------------------|----------------|------------|-----|-----|-----------|-----------|
| Seq.                                  | Cód. Sist. | Código   | Desc. Comercial                                         | Desc. Genérica | Data       | U.M | Qtd | VI. Unit. | VI. Total |
| HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - |            |          |                                                         |                |            |     |     |           |           |
| 1                                     | 55427      | 90073274 | PARACETAMOL SOLUCAO ORAL 200MG/ML 15ML GENERICO FARMACE | PARACETAMOL    | 01/08/2024 | ml  | 3   | 0,61      | 1,83      |
| Total de Medicamentos                 |            |          |                                                         |                |            |     | 3   |           | 1,83      |

| Procedimentos Diversos                |            |          |                            |     |            |     |           |           |
|---------------------------------------|------------|----------|----------------------------|-----|------------|-----|-----------|-----------|
| Seq.                                  | Cód. Sist. | Cód      | Descrição Comercial        | U.V | Data       | Qtd | VI. Unit. | VI. Total |
| HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - |            |          |                            |     |            |     |           |           |
| 1                                     | 2          | 10101039 | Consulta em pronto socorro |     | 01/08/2024 | 1   | 76,00     | 76,00     |
| Total de Procedimentos Diversos       |            |          |                            |     |            | 1   |           | 76,00     |

|             |  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| Total Geral |  | Valor     |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  | R\$ 80,98 |  |  |  |  |  |  |  |

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0  
Atend.: 19692710  
Conta: 21809234

2 - N° Guia no Prestador 21809234

1 - Registro ANS  
19507

3 - N° Guia Principal  
19507

4 - Data da Autorização  
01/08/2024

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha  
19507

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
19507

8 - Número da Carteira  
8655234

9 - Validade da Carteira  
31/12/2024

10 - Nome  
ISABELLE MONGE PERRONI

11 - Cartão Nacional de Saúde  
700503160110257

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  
01/08/2024

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 - Qtdde.Solic.  
1

28 - Qtdde.Aut.  
1

31 - Código CNES  
2237253

29 - Código na Operadora  
92815000000168

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

32 - Tipo do Atendimento  
04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data  
01/08/2024

37 - Hora inicial a 38 - Hora final  
12:02:21 16:19:45

39 - Tabela  
22

40 - Código do Procedimento  
10101039

41 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

42 - Qtdde.  
1

43 - Via  
44 - Tec.  
45 - Fator Red/Acresc.  
1,00

46 - Valor Unitário (R\$)  
76,00

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

48 - Seq. Ref.  
12

49 - Gr.Pat.  
62465392034

50 - Nome do Profissional  
ALINE MEDEIROS BOTTA

51 - Conselho Profissional  
06

52 - Número no Conselho  
20289

53 - UF  
RS

54 - Código CBO  
06155

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Responsável pela Autorização

58 - Observação / Justificativa

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

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

61 - Total Materiais (R\$)  
3,15

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

63 - Total Medicamentos (R\$)  
1,83

64 - Total Gases Medicinais R\$  
0,00

65 - Total Geral (R\$)  
80,98

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso em: 02/08/2024 14:12:56

Página 1

F57278

WATE70106



19692710

|            |                                     |                 |                              |
|------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Paciente   | 2103479 - ISABELLE MONGE PERRONI    | Atendimento     | 19.692.710                   |
| Data Nasc. | 25/10/2017 6a 9m 7d                 | Prontuário      | 1199068                      |
| Sexo       | FEMININO                            | Dt. Entrada     | 01/08/2024 12:02:21          |
| Setor      | HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) | Convênio/Categ. | COLEGIO ADVENTISTA / GERAL - |
| Leito      | Admissão                            | Matricula       | 8655234                      |

**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 aceita 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.

Isabelle Monge Perroni  
Assinatura Paciente/Responsável

Kleberton Lemos H. Souza  
Assinatura do Profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO FEDERAL  
Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Segurança Pública

Nome / Name

ISABELLE MONGE PERRONI

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number

055.901.930-01

Data de Nascimento / Date of Birth

25/10/2017

Nacionalidade / Nationality

BRA

Validade / Expiry

09/03/2028

Naturalidade / Place of Birth

PORTO ALEGRE/RS

Sexo / Sex

F



NÃO ASSINOU NESSE ATO

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Filiação / Filiation

KAROLINE MONGE DOS SANTOS

Orgão Expedidor / Card Issuer

DAVI PERRONI COSTA

Local / Place of Issue

PORTO ALEGRE

Data de Emissão / Issue Date

09/03/2023



500503

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

Assinatura do Expediente / Card Issuer Signature

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

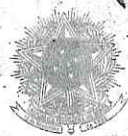
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

123.48304.72-6

NÚMERO

0789392

SÉRIE

0040

UF

RS

*Welli Wrange Fernandes*

ASSINATURA DO TITULAR

PÓLEGAR DIREITO



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



**NOELI MONGE FERNANDES**

FILIAÇÃO..... OLÍPIO DO AMARAL FERNANDES

ALZIRA MONGE

NASCIMENTO..... 08/03/1970 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO LUIZ GONZAGA - RS

DOCUMENTO..... C. I. 1037893755 08/04/1991 SSP RS

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 597.174.080-68 CNH.....

TIT. ELEITOR: 52283050442 SEÇÃO: 283

ZONA: 066

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RS - 05/10/2012

*CLAUDIO LUIZ CORREIA DA SILVA*  
Representante Legal do Titular e Dirigente de Serviço de Registro Civil

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_

DATA DE NASC. DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PARA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

## LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Isabelle Monge Perroni  
**Nº da Carteirinha:** 8.65.5234  
**Instituição:** Colégio Adventista do Partenon



**Data de Nascimento:** 25/10/2017

**Nº da Guia:** 19507

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 01/08/2024         | 10:03:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Bateu a cabeça  | Cabeça          |

### Descrição

Aluna estava brincando no recreio, acabou batendo a testa numa pilastra da escola, estava correndo no momento.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Gerson                   | (51) 3339-2020 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Gerson                          | 01/08/2024 |

| 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 foi atendida no local, colocamos gelo e encaminhamos para um atendimento com profissionais

Razão Social: Inst. Adv. Sul-rio-grandense de Educ

CNPJ: 87.115.838/0026-67  
Av. Valado, N° 363 - Partenon  
Cep: 91510-740 - POA/RS

Ass.:

Fagner Carvalho Leites

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [portoalegre.clinicaadventista.org.br](mailto:portoalegre.clinicaadventista.org.br)

Paciente **ISABELLE MONGE PERRONI**Atendimento **19692710**

Prontuário 1199068

Data Nascto 25/10/2017 6a 9m 7d Sexo Feminino

Data Entrada 01/08/2024 12:02:21

Convênio COLEGIO ADVENTISTA / GERAL - ISCMPA

Período 01/08/2024 - 02/08/2024

Leito HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - Admissão

Risco de Queda

Alergia

Isolamento

Peso 47,00 Altura

| Medicamento                                 | Dose   | Intervalo   | via  | Horário |
|---------------------------------------------|--------|-------------|------|---------|
| 1 PARACETAMOL SOLUCAO ORAL 200MG/ML<br>15ML | 40 gts | 1 X ao dia* | Oral | 12:29   |

Período da Vigência: 01/08/2024 12:29:00 à até 2ª ordem

Prescr: 44186573

Administrar 2,67 ml (1 X ao dia\* via Oral).

Observação: Cada 1 mL deste medicamento equivale a 15 gotas.

## KIT DO MEDICAMENTO:

1un DOSADORA ORAL/ENTERAL ESTERIL COM TAMPA 3ML

Observação até as 16h

  
Bárbara Migliorini Nunes  
Médica  
CRM-RS 55358

Impresso em 01/08/2024 12:28:05

Página: 1/1

BARBARA MIGLIORINI NUNES(CRM 55358)

CATE4835

A01085455

Assinado eletronicamente através de login e senha pessoal em sistema certificado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS-CFM-003-K)