



CÍRCULO SAÚDE

Hospital do Círculo
Escola Adventista

Período de 01/04/2023 00:00:00 até 30/04/2023 23:59:59

0936800

Protocolo 8125
Seq. Protocolo 8125
Tipo Protocolo Pronto Socorro

Atend. Paciente	Nº Guia Autorizador	Matrícula	Categoria		Data Início		Data Final		Proced.	Serviço	Diárias	Materiais	Medic.	Extras	Total
523665 Kaio da Rosa Dal Pizzol		9772261	30/04/23	09/03/23 14:13	09/03/23 16:01				110,00	172,66	0,00	17,73	21,19	0,00	321,58
530353 Kaio da Rosa Dal Pizzol		9772261	30/04/23	16/03/23 15:46	16/03/23 17:09				0,00	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,00
Total do Protocolo 2									110,00	217,66	0,00	17,73	21,19	0,00	366,58



Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 421 - Caxias do Sul - RS
CNPJ:88645403001372 - Inscr.Est.:Isento - Fone:

CÍRCULO SAÚDE

Conta paciente
(999999)

Paciente:

Kaio da Rosa Dal Pizzol

Convênio:

Escola Adventista

Usuário/Matricula:

9772261

Nº atend:

523.665

Nº IC:

842.364

Prontuário: 38275

Data entrada: 09/03/2023 14:13:55

Data saída: 09/03/2023 16:01:54

Motivo Alta: 12

Médico: Carina Bisotto

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

Guia: Não Informada

Validade

Origem:

Dt Conta: 09/03/2023

Dt inicial: 09/03/2023

Dt final: 09/03/2023

Refer: 30/04/23

Título:

Protocolo: 0

Médicos não conveniados

Seq	Crn	Médico	Data	Hora	Proced.	Descrição	Função	Qt	VI Médico	Via
1	39474	Carina Bisotto	09/03/202	14:25	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	1	110,00	
Total de Médicos não conveniados									110,00	
Total da Estrutura									110,00	

Materiais

Seq	Material	Descrição Material	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total	Setor
1	31	Agulha Descartavel 0,45mm X 13mm	un	1,0000	2,8600	2,86	UUE - Sala de Observação
2	37	Agulha Descartavel 1,20mm X 40mm	un	1,0000	0,2500	0,25	UUE - Sala de Observação
3	92	Seringa Desc. 01ml C/ Agulha Luer Slip	un	1,0000	6,4100	6,41	UUE - Sala de Observação
4	22626	Seringa Desc. 10ml S/ Agulha Luer Lock	un	1,0000	5,4500	5,45	UUE - Sala de Observação
5	24463	Luva Cirurgica N. 6.5	Par	1,0000	2,7600	2,76	UUE - Sala de Urgência
Total de Materiais					5,0000	17,73	

Medicamentos

Seq	Medic.	Descrição Medicamento	Unid.	Qtde	VI Unit.	VI Total	Setor
1	90257537	Lidocaína 2% s/vaso 20mL FA	FA	1	21,1900	21,19	UUE - Sala de Urgência
Total de Medicamentos					1	21,19	

Taxas

Seq	Setor	Código	Descrição	Data	Qtde	VI Total
1	UUE - Sala de Urgência	20000009	TAXA GLOBAL SALA DE URGENCIA /	09/03/2023	1	116,00
2	UUE - Sala de Urgência	20000012	TAXA GLOBAL SALA DE OBSERVACAO	09/03/2023	2	56,66
Total de Taxas					3	172,66

Total geral R\$

321,58



CÍRCULO SAÚDE

Ficha de Atendimento Ambulatorial e Emergência

Atendimento



523665

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol		Prontuário	38275	Clinica		
Dt. Nasc.	28/06/2013	Idade	9a 8m 9d	Sexo	Masculino	Estado Civil	
Naturalidade		Nacionalidade	Brasileiro	RG	1130723991		
Cert. Nasc.				CPF	04560336024		
Filiação	Pai	Antonio Marcos Dal Pizzol					
	Mãe	Irene Da Rosa Dal Pizzol					
Conjuge							
End. Res	Rua Guilherme Marcarini , 250 São Victor COHAB		Bairro	São Victor COHAB	Tipo de Atendimento	Pronto socorro	
					Motivo do Atendimento	Consulta Normal	
Cidade	Caxias do Sul - RS		CEP	95088120	Fone	981249833	
Profissão			End. Prof.		Celular	981029881	
Responsável	Everson de Castro França						
Endereço	Rua Professora Viero, 571 Madureira Caxias do Sul RS					Fone	
Data Entrada	09/03/2023 14:13:55					Sector	UUE - Sala de Urgência
Acomodação	Setor sem acomodação					Quarto/Leito	UUE-Emer
Medico Resp	Hospital do Círculo					CRM	1412
Observação						Tp Atend / Clín	TISS
Convênio	Escola Adventista		Categoria	Semi Privativo			
Cod Usuário	9772261		Empresa				
Observação	autorização em anexo		Gula	Acompanhante 1			
Tipo Acomodação	Semi-privativo						
Plano							

Termo de Responsabilidade

x everson

Ass. Nº do Paciente ou Responsável

[Signature]

Ass. do Médico\Usuário

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kaio da Rosa Dal Pizzol
Nº da Carteirinha: 9.77.2261
Instituição: Escola Adventista de Caxias do Sul



Data de Nascimento: 28/06/2013

Nº da Guia: 10019

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/03/2023	13:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
O aluno estava correndo na quadra na educação física, resvalou e caiu batendo o rosto no chão, cortando a testa acima do olho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marcelo Mendonça	(54) 98142-9877

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marcelo Mendonça	09/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital do Círculo	General Arcy da Rocha Nobrega	421	Jardim América	(54) 2101-0000 (54) 98115-3698

Observações
O aluno estava correndo na quadra na educação física, resvalou e caiu batendo o rosto no chão, cortando a testa acima do olho esquerdo. A mãe foi avisada estava em uma consulta e irá ao hospital após a consulta.

Ass.:

Administrador Financeiro
Sidnei Lemes
Sidnei Lemes da Silva

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.ush.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: Sidnei Lemes da Silva

1 de 1

9/03/2023 13:57

Sistema Secretaria Escolar

Escola Adventista de Caxias do Sul

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **09/11/2022**

Nome: **Kaio da Rosa Dal Pizzol (2261)** Curso: **4º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF4TA**
 Sexo: **M** Data Nascimento: **28/06/2013** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
 Naturalidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** Estado Civil: **Solteiro**
 Endereço: **Rua Guilherme Marcarini, 171** Complemento:
 Bairro: **São Victor COHAB** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95088-120**
 Cert. Nascimento: **099879 01 55 2013 1 00364 147 0099747 83**
 Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
 Cert. Nascimento Termo:
 Cert. Nascimento Cartório: **Cartório de Registro Civil**
 Cert. Nascimento Cidade: **Caxias do Sul** Cert. Nascimento UF: **RS**
 Identidade: **1130723991** O.Exp: **ssp** UF: **RS** Data: **24/08/2015** CPF: **045603360-24** INEP **144708026977**
 E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religiao: **Adventista do Sétimo Dia**
 Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
 Telefones: Celular: **54981249833** |
 Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **799232249-53** Nome: **Antonio Marcos Dal Pizzol** Naturalidade: **Anita Garibaldi - SC** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/12/1973** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8113920253** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **09/02/2009**
 Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Guilherme Marcarini, 171**
 Complemento: Bairro: **São Victor Cohab** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95088-120**
 Cx. Postal: E-Mail: Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja:
 Telefones: Celular: **54981249833** |

Dados da Mãe

CPF: **753604460-72** Nome: **Irene da Rosa Dal Pizzol** Naturalidade: **Foz do Iguaçu - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/06/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8075756802** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **06/01/2006**
 Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 completo** Endereço: **Rua Guilherme Marcarini, 171**
 Complemento: Casa Bairro: **São Victor Cohab** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95088-120**
 Cx. Postal: E-Mail: **iredaldalpizzol@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **São Victor - Cohab**
 Telefones: Celular: **54981029881** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **753604460-72** Nome: **Irene da Rosa Dal Pizzol** Naturalidade: **Foz do Iguaçu - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/06/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8075756802** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **06/01/2006**
 Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 completo** Endereço: **Rua Guilherme Marcarini, 171**
 Complemento: Casa Bairro: **São Victor Cohab** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95088-120**
 Cx. Postal: E-Mail: **iredaldalpizzol@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **São Victor - Cohab**
 Telefones: Celular: **54981029881** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **753604460-72** Nome: **Irene da Rosa Dal Pizzol** Naturalidade: **Foz do Iguaçu - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
 Nascimento: **17/06/1977** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8075756802** O. Exp: **SSP** UF: **RS** Data Emissão: **06/01/2006**
 Grau de Instrução: **Ensino Fund 5-8 completo** Endereço: **Rua Guilherme Marcarini, 171**
 Complemento: Casa Bairro: **São Victor Cohab** Cidade: **Caxias do Sul** UF: **RS** CEP: **95088-120**
 Cx. Postal: E-Mail: **iredaldalpizzol@yahoo.com.br** Religião: **Adventista do Sétimo Dia** Igreja: **São Victor - Cohab**
 Telefones: Celular: **54981029881** |

Contrato com aceite Online:

Deferimento Online

Data: **09/11/2022 17:27:20**

[X] Deferido [] Indeferido

Everson de Castro França
Administrador Escolar - Ato nº RG
0309058840

Marcia Alexandra de Oliveira Leite
Secretário(a) - Ato nº RG 6065287499

Autenticação:

ca59c0b4c967df5591f321017bc8dc0d

Irene da Rosa Dal Pizzol

irene.pizzol@eaportal.org

Aceite em: **09/11/2022 17:27:20**

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol		Atendimento	523.665
Data Nascto.	28/06/2013	9 Anos	Prontuário	38.275
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	09/03/2023 14:13:55
Telefone	981249833		Convênio	Escola Adventista Semi Privativo
Leito	UUE-Emer			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/03/2023 14:33	09/03 14:40	Médico	Evolução médica -		Carina Bisotto	CRM 39474

CONSULTA EMERGÊNCIA

pcte trazido por queda da propria altura ha 30min com TCE leve. Nega vomito, perda de consciencia ou outros sinais de alarme. Aceita vo. Eliminações fisiológicas. Nega comorbidades. Vacinação completa para idade (SIC).

EF: beg, ativo, eupneico, afebril, anictérico, hidratado, corado, afebril
 AC rr2tss
 AP mvud sra, sem sinais de esforço respiratório
 TEC<2 seg, palpaveis e simétricos
 Pele sem alterações, sem lesões típicas
 Sem meningismo

ferimento com exposicao de subcutaneo em porcao fronto-lateral a esq de face

HD ferimento pele/ tce leve

C- procedo com limpeza abundante. analgesia, sutura e curativo
 Prescrevo sintomaticos
 Oriento cuidados.
 Explico sinais de alarme.
 Retorno a emergência se sinais de gravidade, persistência dos sintomas ou fato novo.
 Reavaliação com pediatra assistente em 48h.



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

2 - Nº Guia no Prestador

V.3.0
 Atend.: 523665
 Prescr: 1963624

Escola Adventista

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

Circulo Operário Caxiense - Hospital do Circolo

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

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial a

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red.Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinais R\$

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Data da Realização

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Data da Realização

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Data da Realização

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data da Realização

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data da Realização

Impresso em: 09/03/2023 14:25:50

Página 1

Vanessa Amarat

WATE70106



CÍRCULO SAÚDE

Hospital do Círculo

Prescrição Eletrônica Paciente



523665

Paciente **Kaio da Rosa Dal Pizzol**

Data Nascido **28/06/2013 9a 8m 9d**

Data Entrada **09/03/2023 14:13:55**

Médico Resp **Dra. Carina Bisotto (CRM 39474)**

Alergias

Atendimento **523.665**

Convênio **Escola Adventista / Semi Privativo**

Sexo **Masculino**

Pontuação **38.275**

Período **09/03/2023 14:40:51 / 10/03/2023 14:40:50**

Medicamento

Lidocaina 2% s/vaso 20mL FA 1 Frasco Ampola Via Bloqueio Nervo Periférico Intervalo: Agora Início imediato

tempo 00:00 (h/min),

Período de vigência

09/03/2023 14:45:00 10/03/2023 14:43:59

Procedimentos

Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento Intervalo: Agora Início imediato

Período de execução

09/03/2023 14:44:00

Recomendação

Sala de Urgência Intervalo: Agora Início imediato

Período de vigência

09/03/2023 14:45:00 10/03/2023 14:43:59

Material

Fio Monosof Preto 4-0 NPS2340 45cm MT15 1.5cm 1 Envelope, Intervalo: Agora, Início

Período de vigência

09/03/2023 14:45:00 10/03/2023 14:42:59

Luva Cirúrgica Latex Free N. 6.5 1 Par., Intervalo: Agora, Início imediato,

09/03/2023 14:45:00 10/03/2023 14:43:59

Impresso em 09/03/2023 14:44:34

Página 1 carina.bisotto / carina.bisotto

Assinatura digital:

UUE - Sala de Urgência UUE-Emer

Carina Bisotto (CRM 39474)

Evolução Paciente

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol		Atendimento	523.665
Data Nascto.	28/06/2013	9 Anos	Prontuário	38.275
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	09/03/2023 14:13:55
Telefone	981249833		Convênio	Escola Adventista Semi Privativo
Leito	Obs UUE			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
09/03/2023 15:29	09/03 15:34	Técnico de	Evolução Tec.		Fabiane	COREN
					Nascimento	1081859

NOTA CLÍNICA TÉCNICO DE ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA , COM CORTE CONTUSO

ALERGIAS: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

Cliente vem ao Pronto Atendimento por demanda ESPONTANEA TRAZIDO PELO DIRETOR DA ESCOLA acompanhado PELO DIRETOR DA ESCOLA com relato QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM CORTE há cerca de 30 _ minutos.

No momento, apresenta-se ESTAVEL ,SEM PERDA DE CONCIENCIA , NEGA VOMITOS. Ventilando espontâneo _ AA Deambula SIM auxilio, sendo dependente de cuidados. Pele ___. Sinais vitais estáveis.

Reviso identificação do paciente.

Exames realizados. REALIZADO SUTURA PELA DR. CARINE
LIBERADO DE ALTA COM ORIENTAÇÃO MÉDICA .

Orientações ao responsável:

- # Manter pulseira de identificação;
- # Manter cabeceira e grades elevadas e chamar a enfermagem sempre que necessário;
- # Informar quaisquer novos sintomas à equipe assistencial.

ALTA ÁPOS SUTURA



Resumo do Pronto Atendimento

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol				Atendimento	523.665
Data Nasc.	28/06/2013	9 Anos			Prontuário	38.275
Sexo	Masculino				Dt. Entrada	09/03/2023 14:13:55
Telefone	981029881				Convênio	Escola Adventista Semi Privativo
Setor	UUE - Sala de Observação				Sala	Obs UUE
					Observação	

Sinais	PA	PA	FC(bpm)	FR(mrm)	Temp(°C)	Peso(Kg)	Altura(cm)	IMC(Kg/m)	SC(m²)	BCF(bpm)
09/03/2023 14:15:53	130	76	118	19	36				0	
09/03/2023 14:49:15			115	22	35,3					

Evolução	Profissional	Cod Prof
09/03/2023 14:15:19	Karine Luana Nyeland	COREN 465612
	Protocolo de Risco - UUE - PEDIÁTRICO	

Motivo de atendimento: Consulta Normal

Queixa descritiva: Relata queda da própria altura, apresenta corte em região frontal esquerda. Nega alergias

Classificação de Risco

TRAUMA MODERADO: Sutura;

Diagnóstico de enfermagem :
URGENTE

Evidenciado por :
Sutura

09/03/2023 14:33:19

Intervenção de enfermagem :
Carina Bisotto

CRM 39474

CONSULTA EMERGÊNCIA

pcte trazido por queda da propria altura ha 30min com TCE leve. Nega vomito, perda de consciencia ou outros sinais de alarme.

Aceita vo. Eliminações fisiológicas. Nega comorbidades. Vacinação completa para idade (SIC).

EF: beg, ativo, eupneico, afebril, anictérico, hidratado, corado, afebril AC rr2tss AP mvud sra, sem sinais de esforço respiratório TEC2 seg, palpaveis e simétricos Pele sem alterações, sem lesões típicas

Sem meningismo

ferimento com exposicao de subcutaneo em porcao fronto-lateral a esq de face

HD ferimento pele/ tce leve

C- procedo com limpeza abundante, analgesia, sutura e curativo

Prescrevo sintomaticos Oriento cuidados. Explico sinais de alarme. Retorno a emergência se sinais de gravidade, persistência dos sintomas ou fato novo. Reavaliação com pediatra assistente em 48h.

09/03/2023 15:29:49

Fabiane Nascimento Franco

COREN 1081859

NOTA CLÍNICA TÉCNICO DE ENFERMAGEM

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DA PROPRIA ALTURA , COM CORTE CONTUSO

ALERGIAS: NEGA

COMORBIDADES: NEGA

Cliente vem ao Pronto Atendimento por demanda ESPONTANEA TRAZIDO PELO DIRETOR DA ESCOLA acompanhado PELO DIRETOR DA ESCOLA com relato QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM CORTE há cerca de 30 _minutos.

No momento, apresenta-se ESTAVEL ,SEM PERDA DE CONCIENCIA , NEGA VOMITOS. Ventilando espontâneo. AA Deambula SIM auxilio, sendo dependente de cuidados. Pele _____. Sinais vitais estáveis.

Reviso identificação do paciente.

 CÍRCULO OPERADORA INTEGRADA DE SAÚDE	FORMULÁRIO			FOR
	RASTREABILIDADE – MATERIAIS ESTERILIZADOS			FOR-UCC-70
	Data de Emissão: 03/10/2019	Data da Revisão: 04/10/2019	Número da Revisão: 00	Página: 1 de 1
Aplicação:	SERVIÇOS PRÓPRIOS			

[illegible]

Medico: Hospital do C

Pronto soccorso

PROCEDIMENTO

ETIQUETTE

FOR

RESPONSÁVEL
$$\begin{array}{r} 09 \ 103 \ 123 \\ \hline 15 : 35 \end{array}$$

Natura

66916300000

[Handwritten notes and stamps are visible over the document.]

ocelena cation

Fabiane Franco
Coren-RS-1081849-TF



Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 421 - Caxias do Sul - RS
CNPJ:88645403001372 - Inscr.Est.:Isento - Fone:

CÍRCULO SAÚDE

Conta paciente

(999999)

Paciente:	Convênio:	Usuário/Matrícula:	Nº atend:	530.353
Kaio da Rosa Dal Pizzol	Escola Adventista	9772261	Nº IC:	875.820

Prontuário: 38275 Data entrada: 16/03/2023 15:46:43 Data saída: 16/03/2023 17:09:52 Motivo Alta: 2
Médico: Hospital do Círculo Tipo atend: 3 - Pronto socorro
Proc Princ: 10101039 Em Pronto Socorro Espec/Clinica: 4 Pediátrica
CID Princ:
Guia: Não Informada Validade Origem:

Dt Conta: 28/03/2023 Dt inicial: 16/03/2023 Dt final: 16/03/2023 Refer: 30/04/23
Título: Protocolo: 8125

Taxas

Seq	Setor	Código	Descrição	Data	Qtde	VI Total
1	UUE - Sala de Urgência	20000013	TAXA GLOBAL PROCEDIMENTO /	16/03/2023	1	45,00
Total de Taxas					1	45,00

Total geral R\$ 45,00

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol		Prontuário	38275	Clinica	
Dt. Nasc.	28/06/2013	Idade	9a 8m 16d	Sexo	Masculino	Estado Civil
Naturalidade		Nacionalidade	Brasileiro	RG	1130723991	
Cert. Nasc.				CPF	04560336024	
Filiação	Pai	Antonio Marcos Dal Pizzol				
	Mãe	Irene Da Rosa Dal Pizzol				
Conjuge				Tipo de Atendimento	Pronto socorro	
End. Res.	Rua Guilherme Marcarini , 250 São Victor COHAB		Bairro	São Victor COHAB	Motivo do Atendimento	Enfermagem
Cidade	Caxias do Sul - RS		CEP	95088120	Fone	981249833
Profissão			End. Prof.		Celular	981029881
Responsável	Antonio Marcos Dal Pizzol					
Endereço	Rua General Arcy da Rocha Nóbrega - Jardim América Caxias do Sul RS				Fone	
Data Entrada	16/03/2023 15:46:43				Sector	UUE - Sala de Urgência
Acomodação	Setor sem acomodação				Quarto/Leito	UUE-Emer
Médico Resp	Hospital do Círculo				CRM	1412
Observação					Tp. Atend / Clin	TISS
Convênio	Escola Adventista		Categoria	Semi Privativo		
Cod Usuário	9772261		Empresa			
Observação			Guia			
Tipo Acomodação	Semi-privativo			Acompanhante	1	
Plano						

Termo de Responsabilidade

Ass. N° do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico\Usuário

1 - Registro ANS
31024-7

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12- Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
Kaio da Rosa Dal Pizzol

11 - Cartão Nacional de Saúde

12- Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

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 e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24- Tabela

25- Código do Procedimento

26 - Descrição

Refinada de pontos - dia 16/03/23

27- Qtdo. Solic.

28- Qtdo. Aut.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32-Tipo de Atendimento

33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data

37-Hora Inicial

38-Hora Final

39-Tabela

40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Qtdo.

43-Via

44-Toc.

45- Fator Red.Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

11- / /

12- / /

13- / /

14- / /

15- / /

16- / /

17- / /

18- / /

19- / /

20- / /

21- / /

22- / /

23- / /

24- / /

25- / /

26- / /

27- / /

28- / /

29- / /

30- / /

31- / /

32- / /

33- / /

34- / /

35- / /

36- / /

37- / /

38- / /

39- / /

40- / /

41- / /

42- / /

43- / /

44- / /

45- / /

46- / /

47- / /

48- / /

49- / /

50- / /

51- / /

52- / /

53- / /

54- / /

55- / /

56- / /

57- / /

58- / /

59- / /

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

48-Seq.Ref. 49-Grav Part. 50-Código na Operadora/CNP

51-Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

53-Número no Conselho

54-UF

55-Código CBO

56-Data da Realização do Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

11- / /

12- / /

58-Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62- Total do OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Evolução Paciente

Paciente	Kaio da Rosa Dal Pizzol	Atendimento	530.353
Data Nascto.	28/06/2013 9 Anos	Prontuário	38.275
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	16/03/2023 15:46:43
Telefone	981249833	Convênio	Escola Adventista Semi Privativo
Leito	UUE-Emer		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
16/03/2023 17:08	16/03 17:09	Técnico de	Evolução Tec.		Samuel Henrique Petry	

NOTA CLÍNICA TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Realizo retirada de pontos conforme guia médica;

Libero após junto do familiar;

Samuel Henrique Petry
COREN 6-004734-22-TE