

Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
COLEGIO ADVENTISTA

José Loureiro da Silva,1561 - Gravataí - RS
CNPJ:92815000000834 - Inscr. Est.: - Fone:30431515

Período de 10/12/2024 00:00:01 até 10/12/2024 23:59:59

PROTÓCOLO :
Seq. Protocolo :
Tipo Protocolo:
Documento convênio :
Nota Fiscal :

Atend. Paciente	Senha	Nº Guia Autorizador	Matrícula	Refer.	Data Início Data Início	Data Final Data Fim	Título	Proced.	Serviços	Diárias	Materiais	Medicam.	Total
20316985 LEVI AYNAY MARTINS		23752	10636430		31/12/2404/12/24 15:00 04/12/24 21:10			118,02	47,69	0,00	0,00	0,00	165,71
				Total do Protocolo		1/1		118,02	47,69	0,00	0,00	0,00	165,71
				Total de Títulos					1		0,00		0,00

Nº Atend: 20.316.985
Nº I.C.: 22.559.293
Protocolo:



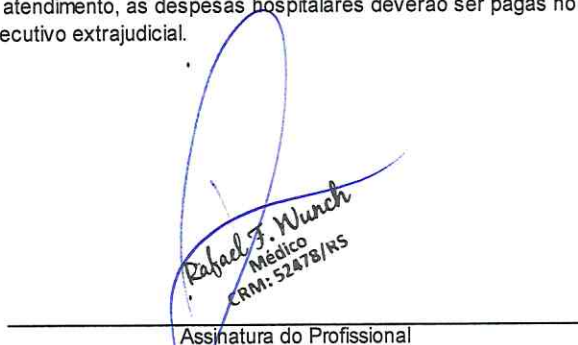
Paciente	LEVI AYNAY MARTINS		Atendimento	20.316.985
Data Nasc.	10/12/2017	7 Anos	Prontuário	1.598.233
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	04/12/2024 15:00:35
Telefone	996499759		Convênio	COLEGIO ADVENTISTA GERAL -
Setor	HDJB-Emergência Pediátrica-PA (CC12062)		Conta	22.559.293

Prescrição	Dt Prescrição	Código	Exame	Solicitante	Qt	Data Execução	Setor
47691335	04/12/2024	40801012	Crânio - 2 Incidências	RAFAEL FERNANDO WUNCH	1	04/12/2024	HDJB-Radiologia (CC12036)

Paciente	3805545 - LEVI AYNAY MARTINS	Atendimento	20.316.985
Data Nasc.	10/12/2017 6a 11m 24d	Prontuário	1598233
Sexo	MASCULINO	Dt. Entrada	04/12/2024 15:00:35
Setor	HDJB-Emergência Pediátrica-PA (CC12062)	Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Consulta	Matricula	10636430

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