

Conforme contato com Pamela (SESMT) fomos orientados pela mesma, a cobrança dos atendimentos do dia 15 e 18/06 na mesma guia, pois a escola emitiu mesma numeração de guia para os dois dias; são consultas distintas, sendo que dia 15/06 (fato ocorrido) veio até a emergência e dia 18/06 retornou passando pelo plantão e avaliação do traumatologista fazendo uso de tala gessada.

Grata

Faturamento
HSA

Micheli
Associação Hospital de
Candade de Santo Ângelo
CNPJ: 96.210.471/0001-01
FONE: (55) 3313-2000

30/06/2022 08:57:35

RELACAO DE PACIENTES POR CONVENIO (Padrao 1)

Pagina: 0001

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO (001)

AMBULATORIO

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

Competencia Contabil: 06/2022

Numero do Protocolo Contabil: 11942

Seq Convenio/Paciente	Prontuario	Matricula	Periodo	Fatura	Prot	Total	Desconto	Final

Convenio (30) CLINICA ADVENTISTA								
001 JULIA ALMEIDA REZENDE	183599	9131479	18/06/2022 18/06/2022	204810	11942	107,07	0,00	107,07
002 JULIA ALMEIDA REZENDE	183599		15/06/2022 15/06/2022	204817	11942	119,20	0,00	119,20
Total Convenio:						226,27	0,00	226,27

Total Geral:						226,27	0,00	226,27

Total Fatura : 107,07

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA ☐ AZUL ☐
 AMARELA ☐ V ☐
 LARANJA ☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: **1286857** PRONTUARIO: 183599 C.N.S: 709602690637947 RG: CPF:
 Paciente: JULIA ALMEIDA REZENDE
 Endereço: AV VENANCIO AIRES, 1965 Bairro: CENTRO RX
 Cidade: SANTO ANGELO Fone: 55984311929
 Naturalidade: SANTO ANGELO Convênio: CLINICA ADVENT Matricula:
 Nascimento 08/07/2015 Idade: 6
 Mãe: DAIANE DE ALMEIDA
 Responsável: ANDREIA
 Executante OSMANY RODRIGUEZ FROMETA
 Data: 18/06/2022 Hora: 14:18:28 Registrante: 5269
 Data Saída: Hora Saída: Peso 24 kg

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: consulta Hora: _____Sinais Vitais: PA: _____ FC: 82 FR: 20 TA: 35°C SpO2 100% HGT _____ Escala de Dor: _____Situação/Queixa/Breve Histórico: Ala se acompanhada da mãe refere dor na
superfície direita do ombro até o dedo da mão direita.

Última Consulta: _____

Motivo: _____

Exames Prévios: tem uma queda da própria altura qto feita, consultou, mas não
rx e segundo ela por vontade de retornar caso não
houvesse melhoraMedicação Usual: NãoAlergia: Não

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____ Diagnóstico com CID: _____

DADOS DE FATURAMENTO PROCENDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
 () 54010217 Drenagem
 () 52230023 Gesso MI
 () 52230015 Gesso MS
 () 52250067 Infiltração
 () _____ Consulta
 () 80031022 Sala de Procedimentos
 () 80031030 Imobilização não Gessada
 (X) 80031029 Imobilização Gessada
 () 80031023 Observação AMB
 () 80041799 Enterocisma
 () 80043381 SNG
 () 80043375 Curativo P
 () 80043376 HGT
 () 80043380 SNE
 () 80043382 Sonda Reta
 () 800443374 Curativo M
 () 80043373 Curativo G
 () 80041062 Adm. Medic. IM/EV
 () 80041051 Instalação do
 () 8041068 Retirada de Pontos
 () 80043367 Nebulização

Dr. Gustavo Ghellioni
 Médico Ortopedista
 CREMERS 43.478
 TEOT - 15.257

Jaci L. S. Júnior
 COREN-RS-000208-ENF

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnóstico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: X Andreia de

Osmany Rodriguez Frometa
 CRM 043486
 CPF: 066.951.021-12

H. P. João Genador MSB

Osmany Rodriguez Frometa
 CRM 043486
 CPF: 066.951.021-12

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

dia 18/06



Aluno: Júlia Almeida Rezende
Nº da Carteira: 9.13.1479
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo

Data de Nascimento: 08/07/2015

Nº da Guia: 6623

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2022	15:02:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

Durante a aula um colega puxou a cadeira e a aluna acabou caindo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Deise

Telefone

(55) 3313-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna estava reclamando de dor um dia após o ocorrido.

Ass.:

Maria Ângela Fonseca da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Rua Matias José Bins, 581 – Três Figueiras

Fone/Fax: (51) 3382-1200

CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS

www.clinicaadventista.com.br / clinica.portoalegre@adventistas.org.br

SOLICITAÇÃO

Nome do Paciente: Julia Almeida Rezende

Nº da matrícula: 6623

Instituição/Escola: Escola Adventista de Santa Anjo

Descrição da Ocorrência: Um colega puxou a cadeira
e a Julia caiu e machucou o braço.

Data: 15 / 06 / 22

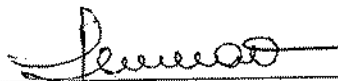
Hora: 15:02

Meio de transporte: Carro / Automóvel

Responsável pelo transporte: Maria

Autorizo a Clínica e/ou Hospital:

a proceder o atendimento ao paciente acima. O acerto/cobrança efetuar junto à
Clínica Adventista de Porto Alegre, respeitando os limites contratuais.


Assinatura do responsável – Escola

**Em caso de dúvida/emergência ligar para
0xx51 8106-8736**

PROGRAMA ADVENTISTA DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE EXAMES AMBULATORIAIS
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

RUA ANTONIO MANUEL, 701
SANTO ANGELO
96.210.471/0001-01

15.00
Nº da Solicitação: 491710

RAIO-X

Paciente: JULIA ALMEIDA REZENDE
Registro: 150095 Prontuário: 183599
Convênio: 30 - CLINICA ADVENTISTA / CLINICA ADVENTISTA
Médico Resp.: (CRM) 43486 - OSMANY RODRIGUEZ FROMETA
Setor: AMBULATÓRIO

Idade: 6 Anos
Nascimento: 08/07/2015
Nº Atendimento: 1286857
Data Solicitação: 18/06/2022 16:00

Código	Descrição	Complemento
232	RX ANTEBRAÇO	D
229	RX BRACO	D
230	RX COTOVELO	D
233	RX MAO OU QUIRODACTILOS	D

JME Informática S/A

Impresso por ofrometa

18/06/2022

14:59:44

Página(s) 1 de 1

1 anse



HOSPITAL SANTO ÂNGELO

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690
Telefone: (55) 3313-2000
Santo Ângelo - RS

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

SAME : 150095

Data de Nasc. : 08/07/2015

Sexo : Feminino

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Data do Exame : 18/06/2022 15h07

Para visualizar seus exames, acesse: pacs.hospitalsantoangelo.com | login: p150095 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

Espaço articular acrômio-clavicular preservado
ausência de calcificações na topografia do manquito rotador.
Espaço articular glêno-umeral preservado
Estruturas ósseas alinhadas

RADIOGRAFIA DO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA

Estruturas ósseas alinhadas
Tecidos moles sem alterações no método examinado

DR^ª. MORGANA REBOUÇAS
Médica Radiologista
CRM 34327

Tipo : Ambulatorio {1286154}Numero : 1247661Entrada : 15/06/2022		Salda : 15/06/2022		Faturamento	
Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE		Nascimento : 08/07/2015		Idade : 6	
Cidade : SANTO ANGELO		Fone : 55984311929		Numero : 204817	
Convenio : CLINICA ADVENTISTA		Mro Paciente : 150095		Competencia : 06/2022	
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA				Contabilidade	
Codigo CID : Z519 CUIDADO MEDICO NE					
Matricula :		Guia : 6623		Protocolo :	
Especialidade : CLINICA GERAL		Situacao : Faturada		Competencia :	
Responsavel : 8017 AROLD0 JOAO SCHMITT		Cid 10 : Z519 CUIDADO MEDICO NE			

Grupo : RX	Data	Hospital	Agente	Descricao do Sadt	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total	C.Custo
15/06/2022	40803082	2		BRACO	1	19,49		19,49	66-3
			Filme		0,14		0,00		
15/06/2022	40803074	2		ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	1	19,48		19,48	66-3
			Filme		0,0864		0,00		
15/06/2022	40803120	2		MAO OU QUIRODACTILO	1	16,41		16,41	66-3
			Filme		0,0864		0,00		
15/06/2022	40803112	2		PUNHO	1	16,41		16,41	66-3
			Filme		0,17		0,00		
15/06/2022	40803104	2		ANTEBRACO	1	16,41		16,41	66-3
			Filme		0,14		0,00		
Total Grupo :								88,20	
Total Sadt :								88,20	

tipo : honorarios	Data	Hospital Agente	Descricao do Sadt	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total	C.Custo
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
15/06/2022	99007037	2	ATENDIMENTO CLINICO HOSPITALAR	1	31,00		31,00	79-5
	Crm: 2		Profissional: HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO					
Total Grupo :							31,00	
Total Honorarios:							31,00	
Total Fatura :							119,20	

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA ☐ AZUL ☐
AMARELA ☐ VERDE ☐
LARANJA ☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: **1286154** PRONTUARIO: 183599 C.N.S: 709602690637947 RG:

CPF:

Paciente: JULIA ALMEIDA REZENDE
Endereço: AV VENANCIO AIRES, 1965
Cidade: SANTO ANGELO

Bairro: CENTRO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Nascimento 08/07/2015 Idade: 6

Fone: 55984311929

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 9131479

Mãe: DAIANE DE ALMEIDA
Responsável: MAURO ANTONIO DA SILVA

Executante AROLDJO JOAO SCHMITT

Data: 15/06/2022

Hora: 18:44:31

Registrante: dmoura

Data Saída:

Hora Saída: 00:00:00

CONVÊNIO

Pro 2629

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: 80 FR: 26 TA: 36 SpO2 96% HGT: _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico:

*bunda na nuca da espina nde o braço dando
pilato de dor.*

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: Não

Alergia: Não

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

Motivo (Q.P): _____ Diagnóstico com CID: _____

*Alessandro M. Peret
Enfermeiro
COREN/RS 000619755*

DADOS DE FATURAMENTO PROCENDIMENTOS

- () 54010233 Sutura
- () 54010217 Drenagem
- () 52230023 Gesso MI
- () 52230015 Gesso MS
- () 52250067 Infiltração
- () _____ Consulta
- () 80031022 Sala de Procedimentos
- () 80031030 Imobilização não Gessada
- () 80031029 Imobilização Gessada
- () 80031023 Observação AMB
- () 80041799 Enterocisma
- () 80043381 SNG
- () 80043375 Curativo P
- () 80043376 HGT
- () 80043380 SNE
- () 80043382 Sonda Reta
- () 800443374 Curativo M
- () 80043373 Curativo G
- () 80041062 Adm.Medic.IM/EV
- () 80041051 Instalação do
- () 8041068 Retirada de Pontos
- () 80043367 Nebulização

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

*0299 +
600505 MSD
SOLICITADO*

*RENATO BALZANO
MÉDICO - CREMERS 12483
CPF: 875.824.610-53*

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Júlia Almeida Rezende
Nº da Carteira: 9.13.1479
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo

Data de Nascimento: 08/07/2015

Nº da Guia: 6623

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2022	15:02:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

Durante a aula um colega puxou a cadeira e a aluna acabou caindo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Deise

Telefone

(55) 3313-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna estava reclamando de dor um dia após o ocorrido.

Ass.:

Maria Ângela Fonseca da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS, (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ:

15.116.763/0003-31

Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290

Telefone: (51) 3382-1200

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



**CLÍNICA
ADVENTISTA DE
PORTO ALEGRE**

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Rua Matias José Bins, 581
Três-Figueiras – Fone/Fax: (51) 3382-1200
CEP 91330-290 – Porto Alegre/RS
clinica.portoalegre@adventistas.org.br

Nº 3015

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Julia Almeida Rezende

Nº. da matrícula: 813.1478

Série: _____

Data da ocorrência: 15/06/2022

Razão do reembolso: _____

- ☐ Não existe clínica credenciada
☐ Impossibilidade de chegar até a clínica credenciada
☐ A clínica credenciada não pode atender
☐ Livre escolha
☐ Reembolso com despesas de transporte (táxi)

Solicito à Clínica Adventista de Porto Alegre o reembolso das despesas referentes ao atendimento do aluno acima descrito, tendo em vista a razão indicada.

Segue(m) anexo(a)(s) nota(s) fiscais do atendimento médico e/ou o recibo do taxista que efetuou o transporte, no valor total de _____

R\$ _____

Local: Santa Angela

Data: 15/06/2022

Nome: _____

Assinatura: [Assinatura]

* Estamos cientes de que o reembolso ocorrerá até 5 dias após a chegada do formulário com a documentação completa na Clínica Adventista de Porto Alegre.

PARA USO DA CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE

Data do Recebimento: ____/____/____

Autorizo o reembolso de R\$ _____ referentes ao atendimento acima descrito.

Administrador _____

Data: ____/____/____

Em caso de dúvida/emergência ligar para 0xx51 8106-8736

1ª via branca: Clínica Adventista 2ª via via verde: fixa no talão

SOLICITAÇÃO DE EXAMES AMBULATORIAIS
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

RUA ANTONIO MANUEL, 701
SANTO ANGELO
96.210.471/0001-01

Nº da Solicitação: 491399

RAIO-X

Paciente: JULIA ALMEIDA REZENDE
Registro: 150095 Prontuário: 183599
Convênio: 30 - CLINICA ADVENTISTA / SUS
Médico Resp.: (CRM) 12483 - RENATO SALZANO
Setor: AMBULATÓRIO

Idade: 6 Anos
Nascimento: 08/07/2015
Nº Atendimento: 1286154
Data Solicitação: 15/06/2022 20:30

Código	Descrição	Complemento
233	RX MAO OU QUIRODACTILOS	DIREITA
232	RX ANTEBRAÇO	DIREITO
231	RX PUNHO	DIREITO
229	RX BRACO	DIREITO
228	RX ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	DIREITO

JME Informática S/A

Impresso por rsalzano

15/06/2022

19:29:52

Página(s) 1 de 1

10/06/2022



HOSPITAL SANTO ÂNGELO

Rua Antonio Manoel, 701 – CEP 98801-690
Telefone: (55) 3313-2000
Santo Ângelo - RS

Paciente : JULIA ALMEIDA REZENDE

Data de Nasc. : 08/07/2015

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Data do Exame : 15/06/2022 19h35

SAME : 150095

Sexo : Feminino

Para visualizar seus exames, acesse: pacs.hospitalsantoangelo.com | login: p150095 | senha: sua data de nascimento no formato: DDMMAAAA

RX DO OMBRO DIREITO:

Interlinhas ósseas íntegras.

Não há sinal de fratura.

Espessamento de partes moles.

RX DO ÚMERO DIREITO:

Interlinhas ósseas íntegras.

RX DO ANTEBRAÇO DIREITO:

Interlinhas ósseas íntegras.

Espessamento de partes moles.

RX DA MÃO DIREITA:

Interlinhas ósseas íntegras.

Espessamento de partes moles.

RX DO PUNHO DIREITO:

Interlinhas ósseas íntegras.

Espessamento de partes moles.


Dr. José Hermes Ribas do Nascimento
CRM 17614