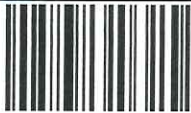


Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Professor Annes Dias,295 - Porto Alegre - RS

CNPJ:9281500000168 - Inscr.Est.:ISENTA - Fone:32148000

(CNES 2237253)



CONTA

PACIENTE

Paciente:

PEDRO GOMES BARCELOS GOULART

Convênio:

COLEGIO ADVENTIST

União/Matrícula

19708

Categoria:

GERAL - ISCMPA

Nº Atend:

19.723.889

Nº I.C.:

21.847.218

Protocolo:

Prontuário: 2105966

Data Entrada: 07/08/2024 19:13:30

Data Saída: 07/08/2024 23:12:29

Médico: Dra. LETICIA GONCALVES DOS SANTOS (CRM 48931)

Tipo Atend.: 3 - Pronto Socorro

Proc. Princ.: 10101039 Em Pronto Socorro

Espec/Clinica: 4 - Pediátrica

CID Princ.: W09 Queda envolv equipamento de playground

Agrup setor: Hospital da Criança Santo

Guia: 19708

Senha: 19708

Val. Carteira: 31/12/2024

Dt.Conta: 07/08/24 19:16

Dt.Inicial: 07/08/24 19:13

Dt.Final: 07/08/24 23:12

Refer: 31/08/24

Resumo da Conta	
Total da Conta	
R\$ 222,35	

Procedimentos Diversos								
Seq.	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.M	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) -								
1	2	10101039	Consulta em pronto socorro		07/08/2024	1	98,80	98,80
Total de Procedimentos Diversos						1		98,80

Exames de Imagem								
Seq.	Cód. Sist.	Cód	Descrição Comercial	U.M	Data	Qtd	VI. Unit.	VI. Total
HCSA-Radiologia (CC5991) -								
1	1085	40803104	RX - Antebraço		07/08/2024	1	40,88	40,88
2	1082	40803074	RX - Articulação escapuloumeral (ombro)		07/08/2024	1	40,65	40,65
3	1083	40803082	RX - Braço		07/08/2024	1	42,02	42,02
Total de Exames de Imagem						3		123,55

Total Geral	
Valor	
R\$ 222,35	

COLEGIO ADVENTISTA

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

V.3.0
Atend.: 19723889
Conta: 21847218

1 - Registro ANS
19708

3 - Nº Guia Principal
19708

4 - Data da Autorização
07/08/2024

5 - Senha
19708

6 - Data Validade da Senha
19708

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19708

8 - Número da Carteira
19708

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
PEDRO GOMES BARCELOS GOULART

11 - Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Nome do Contratado
Imrandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

14 - Nome do Profissional
Imrandade 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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/08/2024

23 - Indicação Clínica
W09 Queda envolv equipamento de playground

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qtdde Solic.
28 - Qtdde Aut.

1 22 40803082 RX - Braço 1 1

2 22 40803104 RX - Antebraço 1 1

3 22 40803074 RX - Articulação escapuloumeral (ombro) 1 1

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
92815000000168

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

31 - Código CNES
2237253

Dados do atendimento

32 - Tipo de Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora inicial a 38 - Hora final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Qtdde.
43 - Via
44 - Tec.
45 - Fator Red./Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

1 07/08/2024 19:13:30 23:12:29 22 40803082 RX - Braço 1 1,00 42,02 42,02

2 07/08/2024 19:13:30 23:12:29 22 40803104 RX - Antebraço 1 1,00 40,88 40,88

3 07/08/2024 19:13:30 23:12:29 22 40803074 RX - Articulação escapuloumeral (ombro) 1 1,00 40,65 40,65

4

5

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

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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
123,55

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

61 - Total Materiais (R\$)
0,00

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

63 - Total Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total Gases Medicinais R\$
0,00

65 - Total Geral (R\$)
123,55

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
08/08/2024

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
08/08/2024

68 - Assinatura do Contratado
08/08/2024

Impresso em: 08/08/2024 16:55:48

Página 1

F57278

WATE70106



Paciente	3792225 - PEDRO GOMES BARCELOS GOULART		Atendimento	19.723.889
Data Nasc.	26/11/2018	5a 8m 12d	Prontuário	2105966
Sexo	MASCULINO		Dt. Entrada	07/08/2024 19:13:30
Setor	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309)		Convênio/Categ.	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -
Leito	Admissão		Matricula	19708

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.

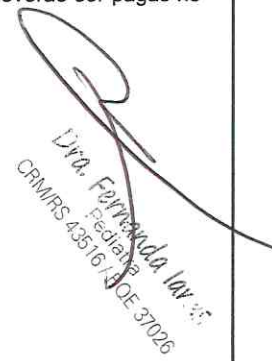
4) Havendo indicação de internação hospitalar requisitada por médico responsável, esta será efetivada na modalidade PARTICULAR, sempre que o atendimento de urgência/emergência esteja sendo realizado por intermédio de Convênio Privado com Cobertura AMBULATORIAL ou de forma PARTICULAR. Sendo assim, serve 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.

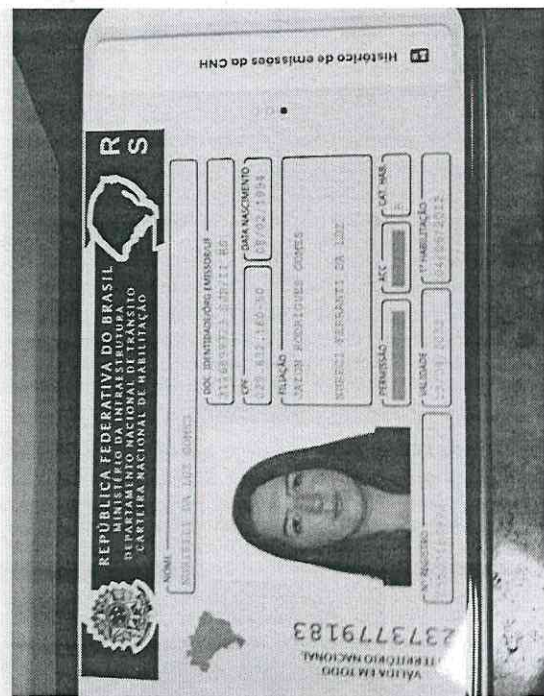
5) Para fins do cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados, sempre que for necessário para a tutela da saúde, fica o Hospital **autorizado expressamente** a coletar e tratar dados pessoais e sensíveis do paciente bem como encaminhar informações e permitir o acesso integral a todos os registros médicos (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.

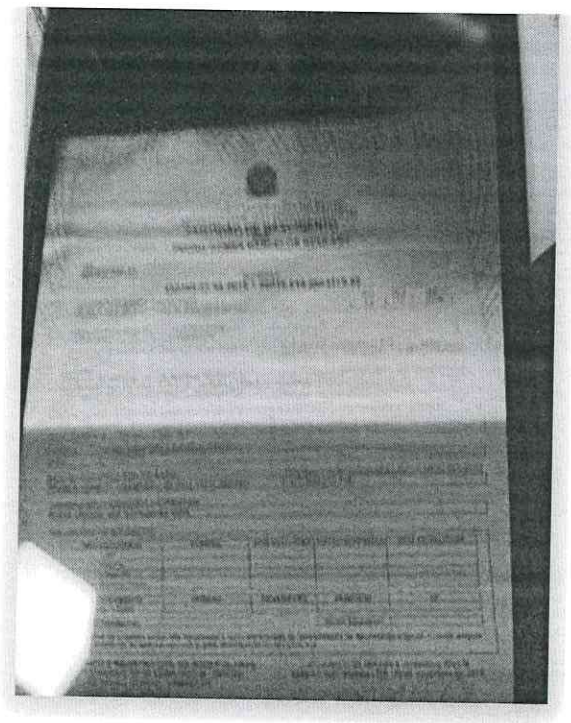
7) O Paciente/Responsável admite como válida e aceitam as assinaturas eletrônicas avançadas aportadas em prontuário eletrônico e outros documentos eletrônicos. São avançadas as assinaturas eletrônicas que utilizam certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da 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



IMG_20240807_190734.jpg



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Gomes da Silva
Nº da Carteirinha: 8.75.8381
Instituição: Colégio Adventista de Viamão

Data de Nascimento: 31/03/2015 **Nº da Guia:** 19708

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2024	16:56:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Direito

Descrição

O aluno subiu no brinquedo escorregou e caiu. Foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência

Professora Silvia

Telefone

(51) 99762-3105

Quem prestou primeiros socorros

Jerônimo Coodenador de Disciplina.

Data

07/08/2024

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

A mãe optou fazer uso do auxílio AMA.


Jerônimo Ribeiro
Coord. de Disciplina

Ass.:

Jerônimo Ribeiro Salgueiro

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 (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

Paciente	PEDRO GOMES BARCELOS GOULART			Período	07/08/2024 - 08/08/2024	
Identificação	19723889			Leito	HCSA-Emergência Pediátrica (CC6309) - Admissão	
Identificador	2105965			Risco de Queda Alergia Isolamento		
Data Nascimento	26/11/2018	5a 8m 12d	Sexo		Masculino	
Data Entrada	07/08/2024 19:13:30					
Convênio	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL - ISCMPA			Peso	20,00	Altura

Procedimentos	Qtda / Intervalo	Horários	Prescrição	Dia/Hora
X ANTEBRACO	1X - Uma vez ao dia*	21	44372777	07 21:00
Período da Vigência: 07/08/2024 21:00:00 à 08/08/2024 20:59:00				
X BRACO	1X - Uma vez ao dia*	21	44372777	07 21:00
Período da Vigência: 07/08/2024 21:00:00 à 08/08/2024 20:59:00				
X OMBRO/ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL	1X - Uma vez ao dia*	21	44372777	07 21:00
Período da Vigência: 07/08/2024 21:00:00 à 08/08/2024 20:59:00				

CRM/RS 43516/2019
FERNANDA MENDONÇA LANES



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
ISCMPA - Requisição de Exames e Procedimentos

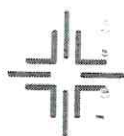


Paciente	PEDRO GOMES BARCELOS GOULART						
Atendimento	19.723.889	Prontuário	2.105.966	Peso	20	Paciente ID	3792225
Data Nascto	26/11/2018	5a 8m 13d	Altura	Convênio	COLEGIO ADVENTISTA / GERAL -		
Data Entrada	07/08/2024 19:13:30			Liberação	07/08/2024 20:35:13	07/08/2024 20:35:13	
Médico Paciente	Dra. LETICIA GONCALVES DOS SANTOS (CRM 489			Data Prescr.	07/08/2024 20:36:00	Leito	
Médico Prescrição	Dra. FERNANDA MENDONCA LANES (CRM 43516)			Validade	07/08/2024 20:36:00	09/08/2024 07:59:59	

HCSA-Radiologia (CC5991)				
Procedimentos/Serviços/Exames	Última dose / Data e hora	Qtde / Intervalo	Horários	Dia/Hora
1 RX OMBRO/ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL Proced.:40803074 Access Number: 90232391 Lado: Direito	Observações:		21	07 21:00
2 RX BRACO Proced.:40803082 Access Number: 90232392 Lado: Direito	Observações:		21	07 21:00
3 RX ANTEBRACO Proced.:40803104 Access Number: 90232393 Lado: Direito	Observações:		21	07 21:00

Dra. FERNANDA MENDONCA LANES (CRM 43516)

Dr. Marcelo Aguiar
CRM 43516 - Coordenador
Unidade Emerg.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM

SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

LAUDO DE EXAME

Nome: Pedro Gomes Barcelos Goulart

Data de nascimento: 26/11/2018

Médico solicitante: Dr(a). Fernanda Mendonca Lanes - CRM: 43516

Paciente ID: 3792225

Data: 07/08/2024

RADIOGRAFIAS DO OMBRO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIREITOS

Exame realizado em caráter de urgência.
Não se identifica fratura óssea desalinhada.
Espaços articulares preservados.

Dr(a). Mariana Mendes Knabben
CRM RS - 48036