

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Andrielly Fialho Moraes da Rosa  
**Nº da Carteirinha:** 10.63.6510  
**Instituição:** Colégio Adventista de Gravataí



**Data de Nascimento:** 18/04/2012

**Nº da Guia:** 27115

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 07/04/2025         | 11:42:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

## O que aconteceu

Álcool no olho.

## Partes do corpo

Olho Direito

## Descrição

Mexendo com álcool respingou no olho.

## Testemunha da ocorrência

Paula

## Telefone

5130420350

## Quem prestou primeiros socorros

Paula

## Data

07/04/2025

| Local de atendimento              | Endereço                   | Nº   | Bairro | Telefone       |
|-----------------------------------|----------------------------|------|--------|----------------|
| Hospital Dom Joao Becker Gravataí | Av. José Loureiro da Silva | 1561 | Centro | (51) 3213-7585 |

## Observações

Lavou com água corrente.

Ass.:

Gislaine Hagemann

**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](http://portoalegre.clinicaadventista.org.br)



HOSPITAL  
DOM JOÃO BECKER

Hospital Dom João Becker

## HDJB - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - FAA

|             |                                           |         |  |               |                            |
|-------------|-------------------------------------------|---------|--|---------------|----------------------------|
| Paciente    | ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA           |         |  | Atendimento   | 25.892.385                 |
| Data Nasc.  | 18/04/2012                                | 12 Anos |  | Prontuário    | 2.130.129                  |
| Sexo        | Feminino                                  |         |  | Dr. Entrada   | 07/04/2025 13:15:38        |
| Telefone    |                                           |         |  | Consultório   | CLÍNICA ADVENTISTA - CEPAL |
| Solr        | HDJB - Emergência Pediátrica-PA (CC12062) |         |  | Consulta-PA   | Consulta                   |
| Procedência | Residência                                |         |  | Classificação | Emergência                 |

| Tiagem do PA      | Função     | Profissional                 | Cod Prof | Classificação |
|-------------------|------------|------------------------------|----------|---------------|
| 07/04 14 11       | Enfermeiro | Amanda de Oliveira Blancourt |          | HDJB - Jato   |
| Queixa Descritiva |            |                              |          |               |

Observação

| Anamnese/História Clínica | Função     | Profissional       | Cod Prof     |
|---------------------------|------------|--------------------|--------------|
| 07/04 14 09               | Enfermeiro | AMANDA DE OLIVEIRA | CCPEN 331585 |

Avaliação: Ficha de Classificação

### Ficha de Classificação de Risco - Emergência

Motivo de atendimento : #NEGA ALERGIAS

Paciente trazida pela mãe, relata álcool nos olhos às 11:30h de hoje.  
Relata dor e pressão ocular.

Paciente encaminhado por indicação do médico assistente? : Não

### Sinais vitais

Altura (cm) :  
PA D (mmHg) :  
PA S (mmHg) :  
FR (rpm) : 21  
SAT (%) : 100  
TAX (°C) : 36,3  
FC (bpm) : 85  
Dor :  
Peso (kg) : 55

### Qual motivo?

Avaliação : Sim  
Exame : Não  
Terapia : Não  
Internação Cirúrgica : Não  
Internação Clínica : Não  
Oncológico? : Não  
Queixa ou histórico de febre? : Não  
Suspeita de SEPSE? : Não  
Protocolo de AVC : Não  
Outros motivos : Não  
Procedência (residência, ambulatório, consultório) : Residência

### Classificação:

Nível 1: Vermelho : Não  
Nível 2: Laranja : Não  
Nível 3: Amarelo : Não

| Hospital Dom Joao Becker                                                                                                                                                                                       |                                         |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| HDJB - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - FAA                                                                                                                                                                 |                                         |                                |
| Paciente                                                                                                                                                                                                       | ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA         |                                |
| Nasc.                                                                                                                                                                                                          | 18/04/2012                              |                                |
| Sexo                                                                                                                                                                                                           | Feminino                                |                                |
| Idade                                                                                                                                                                                                          | 12 Anos                                 |                                |
| Local                                                                                                                                                                                                          | HDJB-Emergência Pediátrica-PA (CC12062) |                                |
| Procedência                                                                                                                                                                                                    | Residência                              |                                |
| Atendimento                                                                                                                                                                                                    | 20 882 385                              |                                |
| Proteção                                                                                                                                                                                                       | 2 183 725                               |                                |
| Di. Entrada                                                                                                                                                                                                    | 07/04/2025 13:15:39                     |                                |
| Convênio                                                                                                                                                                                                       | COLEGIO ADVENTISTA GERAL                |                                |
| Consulta-PA                                                                                                                                                                                                    | Consulta                                |                                |
| Classificação                                                                                                                                                                                                  | Emergência                              |                                |
| Nível 4: Verde : Sim                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |
| Nível 5: Azul : Não                                                                                                                                                                                            |                                         |                                |
| Dor torácica : Não                                                                                                                                                                                             |                                         |                                |
| Emergência de origem : HDJB-Emergência Pediátrica-PA (CC12062)                                                                                                                                                 |                                         |                                |
| Procedência : Residência                                                                                                                                                                                       |                                         |                                |
| Hora acolhimento :                                                                                                                                                                                             |                                         |                                |
| Motivo de atendimento :                                                                                                                                                                                        |                                         |                                |
| Tempo de duração dos sintomas até a chegada na emergência :                                                                                                                                                    |                                         |                                |
| Data / hora de realização do ECG :                                                                                                                                                                             |                                         |                                |
| Data / hora de avaliação do ECG pelo médico :                                                                                                                                                                  |                                         |                                |
| Médico responsável :                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |
| Avaliação :                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                |
| Qual? :                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                |
| Alergias :                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                |
| Isolamento :                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                |
| Medicamento/Procedimento realizados na classificação :                                                                                                                                                         |                                         |                                |
| Protocolo de Restrição da Emergência por atendimentos acima da capacidade instalada : Não                                                                                                                      |                                         |                                |
| Protocolo de RESTRIÇÃO TOTAL das emergências por atendimento acima da capacidade instalada : Não                                                                                                               |                                         |                                |
| Protocolo - Emergência Fechada : Não                                                                                                                                                                           |                                         |                                |
| Paciente/acompanhante/ Responsável legal: Orientado quanto a classificação de risco e tempo de espera para atendimento médico conforme protocolo de restrição de acordo com a sua classificação de risco : Não |                                         |                                |
| Paciente encaminhado para Ambulatório :                                                                                                                                                                        |                                         |                                |
| Qual hospital? :                                                                                                                                                                                               |                                         |                                |
| 7/04 14:59                                                                                                                                                                                                     | Médico SUELEN SILVA DA CRUZ CRM 51299   |                                |
| ## Emergencia Pediátrica HDJB ##                                                                                                                                                                               |                                         |                                |
| HDA                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                |
| Paciente vem acompanhada da mãe que refere que colega da escola jogou álcool no olhos da paciente. paciente refere pressão, ardência ocular, prurido ocular. Nega secreção e outros sintomas                   |                                         |                                |
| # Alergias medicamentosas: Nega                                                                                                                                                                                |                                         |                                |
| # Nega comorbidades                                                                                                                                                                                            |                                         |                                |
| Ao Exame                                                                                                                                                                                                       |                                         |                                |
| Bom estado geral, ativa e reativa, corada, hidratada, eupneica                                                                                                                                                 |                                         |                                |
| Leve hiperemia ocular bilateral                                                                                                                                                                                |                                         |                                |
| Extremidades aquecidas e perfundidas                                                                                                                                                                           |                                         |                                |
| Conduta                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                |
| Oriento mãe que não temos avaliação oftalmológica em nossa emergência                                                                                                                                          |                                         |                                |
| Oriento mãe buscar avaliação oftalmológica                                                                                                                                                                     |                                         |                                |
| Oriento sobre sinais de alarme, na presença retorno imediato a emergência                                                                                                                                      |                                         |                                |
| Familiar ciente e concordante                                                                                                                                                                                  |                                         |                                |
| Alta                                                                                                                                                                                                           |                                         |                                |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                           | Profissional                            | Tipo Diagnóstico               |
| 07/04 15:07                                                                                                                                                                                                    | SUELEN SILVA DA CRUZ                    | Definitivo                     |
| 2001                                                                                                                                                                                                           | 2001 Exame de rotina de saúde da        | Secundar                       |
| Desfecho Tipo                                                                                                                                                                                                  | Data Desfecho Hr Desfecho               | Especialidade                  |
|                                                                                                                                                                                                                |                                         | Motivo Alta                    |
|                                                                                                                                                                                                                |                                         | Médico                         |
| Impresso em                                                                                                                                                                                                    | 07/04/2025 15:08:27                     | Página 2                       |
|                                                                                                                                                                                                                | SUELEN                                  | Usuário desfecho: A01042913030 |

ISCOMPA - Hospital Dom João Becker

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

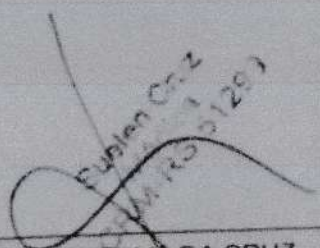
Diretor Técnico Médico: Dr. Fernando Issa (CRM - RS 27374)  
ISCOMPA - Hospital Dom João Becker  
CNPJ - 92.815.000/0008 - 34

**ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA**

Uso Oftalmológico

Lacrimfilm -----

Aplicar 2 gotas em cada olho de 6/6h

  
SUELEN SILVA DA CRUZ  
CRM 51299

Este documento NÃO tem validade como atestado médico.

Gravataí, 7 de abril de 2025.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Hospital Dom João Becker  
Av. Dr. José Loureiro da Silva, 1561 Cep: 94010-001 - Gravataí - RS  
Fone (51) 3214 8888

Extremamente

Conduta:

que não temos avaliação oftalmológica na presença de

|                                                                                        |                                         |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|--|
| RECEBIMOS DE RAIADROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL PRESENTADA AO LADO |                                         | NF-e<br>Nº 3<br>SÉRIE: 20 |  |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                    | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                           |  |



**RAIADROGASIL S/A**

AVENIDA GENERAL FLORES DA CUNHA, 3489 - VILA BOM PRINCÍPIO

CACHOEIRINHA - RS

CEP: 94950-001

**DANFE**  
DOCUMENTO AUTENTIFICAR  
DE NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

CHAVE DE ACESSO

4325 0461 5858 6535 9273 5502 0000 0000 0312 0250 4083

Nº 3

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

SÉRIE: 20

FOLHA 1 / 1

|                                                        |                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>SUBSTITUIÇÃO DE CUPOM DE VENDA |                              | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>243250105117696 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>1770256854                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. | CNPJ<br>61.585.865/3592-73                         |

|                                                                       |                                     |                              |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                                              |                                     | CNPJ / CPF                   | DATA EMISSÃO                       |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                                     | 15.116.763/0003-31           | 08/04/2025 17:28:38                |
| ENDEREÇO<br>RUA MATIAS JOSE BINS, 58                                  | BARRIO / DISTRITO<br>TRES FIGUEIRAS | CEP<br>91330-290             | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>08/04/2025 |
| MUNICÍPIO<br>PORTO ALEGRE                                             | UF<br>RS                            | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO | HORA ENTRADA / SAÍDA<br>17:28:36   |

|                                     |                             |                                            |                                        |                                       |                                  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO                  |                             |                                            |                                        |                                       |                                  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>R\$ 0,00 | VALOR DO ICMS<br>R\$ 0,00   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.<br>R\$ 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST.<br>R\$ 0,00       | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>R\$ 35,37 |                                  |
| VALOR DO FRETE<br>R\$ 0,00          | VALOR DO SEGURO<br>R\$ 0,00 | DESCONTO<br>R\$ 0,00                       | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>R\$ 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI<br>R\$ 0,00        | VALOR TOTAL DA NOTA<br>R\$ 35,37 |

|                                       |            |                                |             |                    |            |              |
|---------------------------------------|------------|--------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |            | FRETE POR CONTA<br>9-SEM FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF         | CNPJ / CPF   |
| NOME / RAZÃO SOCIAL                   |            | MUNICÍPIO                      | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |              |
| ENDEREÇO                              | QUANTIDADE | ESPÉCIE                        | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS |                                                                                      |          |     |      |       |        |                |             |                |                 |               |          |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-------|--------|----------------|-------------|----------------|-----------------|---------------|----------|
| CÓDIGO                      | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                                    | NCM/SH   | CEP | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | VALOR DESCONTO | BASE<br>Cálculo | VALOR<br>ICMS | ALÍQUOTA |
| 41721                       | LACRIFILM 10ML<br>Lote: 2511087 Ctd: 1 Fab: 2025-03-09 Val: 2025-10-05 PMC:<br>83.56 | 30049099 | 060 | 5929 | LN    | 1      | 35,3700        | 35,37       | 0,00           | 0,00            | 0,00          | 0,00     |

|                  |                     |                          |                          |                |
|------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                       |  | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Origem: 43250481585865359273650020000098411754278202 Nr: 000009841 Serie: 002CNPJ: 61585865359273<br>ICMS RECOLHIDO ATRAVÉS DO CUPOM FISCAL N.14388 E ECF N.2 DE 07/04/2025 - Trib. Aprox. 4.78 Federal<br>e 6.01 Estadual - Fonte: IBPT |  |                    |