

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

Hospital Dom Joao Becker Gravataí Av. José Loureiro da Silva

Nº

Bairro

1561 Centro

Telefone

(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 (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



HOSPITAL
DOM JOÃO BECKER

Hospital Dom João Becker

HDJB - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL - FAA

Paciente	ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA			Atendimento	20.892.385
Data Nasc	18/04/2012	12 Anos		Prontuário	2.183.729
Sexo	Feminino			Di. Entrada	07/04/2025 13:18:35
Telefone				Convênio	COLEGIO ADVENTISTA DEPA
Sector	HDJB- Emergência Pediátrica-PA (CC12062)			Consulta-PA	Consulta
Procedência	Residência			Classificação	Emergência

Triagem do PA	Função	Profissional	Cod Prof	Classificação
07/04 14:11	Enfermeiro	Amanda de Oliveira Bitencourt		HDJB - Jarda
Queixa Descritiva				

Observação

Anamnese/História Clínica	Função	Profissional	Cod Prof
07/04 14:09	Enfermeiro	AMANDA DE OLIVEIRA	CCREN 351565

Avaliação: Ficha de Classificação

Ficha de Classificação de Risco - Emergência

Motivo de atendimento : #NEGA ALERGIAS

Paciente trazida pela mãe, relata álcool nos olhos as 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 (mpm) : 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 - FAJ

Atendimento: 20.887.385
Prontuário: 2.183.728
Dt. Entrada: 07/04/2025 13:16:39
Convênio: COLEGIO ADVENTISTA GERAL
Consulta: PA
Classificação: Emergência

Nome: ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA
Data de Nascimento: 18/04/2012
Sexo: Feminino
Idade: 12 Anos
Residência: HDJB - Emergência Pediátrica-PA (CC12062)

Nível 4: Verdadeiro: Sim
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:
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 atendimentos 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?:

Médico: SUELEN SILVA DA CRUZ CRM 51299

7/04 14:59

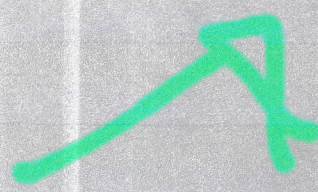
Emergência Pediátrica HDJB

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 cliente e concordante
Alta



ISCMPA - Hospital Dom João Becker

RECEITUÁRIO MÉDICO

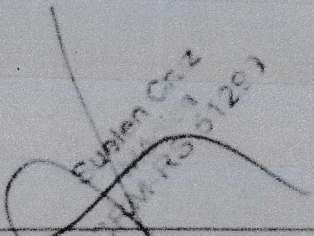
Diretor Técnico Médico: Dr. Fernando Issa (CRM - RS 27374)
ISCMPA - Hospital Dom João Becker
CNPJ - 92.815.000/0008 - 34

ANDRIELLY FIALHO MORAES DA ROSA

Uso Oftalmológico

Lacrifilm -----

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

RECEBEMOS DE RAIADROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		Nº 3 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 FISCAL
DE NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 3

SÉRIE: 20

FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

4325 0461 5858 6535 9273 5502 0000 0000 0312 0250 4083

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

243250105117696

NATUREZA DA OPERAÇÃO

SUBSTITUIÇÃO DE CUPOM DE VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

1770256854

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ

61.585.865/3592-73

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE

CNPJ / CPF

15.116.763/0003-31

DATA EMISSÃO

08/04/2025 17:28:36

ENDEREÇO

RUA MATIAS JOSE BINS, 58

BARRIO / DISTRITO

TRES FIGUEIRAS

CEP

91330-290

DATA ENTRADA / SAÍDA

08/04/2025

MUNICÍPIO

PORTO ALEGRE

FONE / FAX

00530420351

UF

RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA ENTRADA / SAÍDA

17:28:36

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9-SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE Cálculo	ICMS	IP	ICMS %	IP %
41721	LACRIFILM 10ML Lote: 2511087 Qtd: 1 Fab: 2025-03-09 Val: 2025-10-05 PMC: 33.56	30049099	060	5929	UN	1	35,3700	35,37	0,00	0,00	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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Origem: 43250481585865359273650020000098411754278202 Nr: 000009841 Serie: 002CNPJ: 61585865359273
ICMS RECOLHIDO ATRAVES DO CUPOM FISCAL N.14388 E ECF N.2 DE 07/04/2025 - Trib. Aprox. 4.76 Federal
e 6.01 Estadual - Fonte: IBPT

RESERVAÇÃO AO FISCO

GOVERNO DO ESTADO RS
SECRETARIA DA FAZENDADocumento Fiscal Eletrônico
Impresso em 28/04/2025 às 09:54

Dados da NFe

Natureza da operação		Tipo da operação	Chave de acesso
SUBSTITUICAO DE CUPOM DE VENDA		1 - Saída	43-2504-61585865359273-55-020-000000003-120250408-3
Modelo	Série	Número	Data/Hora da emissão
55	20	3	08/04/2025 17:28:36-03:00

Emitente

CNPJ	IE	Nome/Razão Social
61.585.865/3592-73	1770256854	RAIADROGASIL S/A
Município	UF	
CACHOEIRINHA	RS	

Destinatário

CNPJ	IE	Nome/Razão Social
** ***.763/0003-31		INSTITUICAO ADVENTISTA ***
Município	UF	País
PORTO ALEGRE	RS	BRASIL

Produtos

Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod.
1 L...	1,0000	UN	35,37	35,37

Eventos e Serviços

Evento	Protocolo	Data autorização
Autorização de Uso	243250105117696	08/04/2025 às 17:28:54-03:00

Digest Value

PyG7AKucpNfCFDYQmymvT6BGBeY=