

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1492509

=====

Tipo : Ambulatorio (1544572)	Entrada: 03/04/2024 11:27	Saida: 03/04/2024 16:03	LANCAMENTO:1469294/1492509
Paciente : ANA CECILIA KOCHER MISSIO	Nascimento: 23/10/2017	Idade : 6	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55996080462	SAME : 10012520	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero : 257785
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia : 06/2024
Matricula :		Guia : 16449	Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL		Nota Convenio :	Protocolo :
Responsavel : 53506 PAULO FERNANDO IORCK		Situacao : Faturada	Competencia :

=====

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM									
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO									
03/04/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00		54,00
Total C.Custo :									54,00
Total Grupo :									54,00
Total Honorarios:									54,00

Total Fatura.. : 54,00

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
SERVICO P	54,00							54,00
Total :	54,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Total Com Honorario : 54,00								
Total Sem Honorario : 0,00								



B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

Rx

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

VERMELHA
AMARELA
LARANJA

AZUL
VERDE

Atendimento Nro: 1544572 PRONTUARIO: 10012520 C.N.S: 705007039391657 RG:

CPF: 05586163055

Paciente: ANA CECILIA KOCHER MISSIO

Endereço: AVENIDA VENANCIO AIRES, 2224

Bairro: CENTRO

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55996080462

Nascimento 23/10/2017

Idade: 6

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula:

Mãe: JULIANA BAUMGARTEN KOCHER

Responsável: JULIANA BAUMGARTEN

Executante PAULO FERNANDO IORCK

Data: 03/04/2024

Hora: 11:27:56

Registrante: Icardnelutti

Data Saída:

Hora Saída:

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: 99 FR: 22 TA: _____ SpO2 100% HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: tempo pé esquerdo ontem 03/04 dor no local

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: _____

Conduta Inicial: _____ Avaliação: _____

Classificação de Risco: _____

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

DADOS DE FATURAMENTO PROCEDIMENTOS

- () 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

Janaína Rusch
COREN-RS-571132-EM

Assinatura e Carimbo Profissional

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

Autorização de Atendimento

Aluno: Ana Cecília Kochem Missio

Nº da Carteirinha: 9.13.1603

Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo

Data de Nascimento: 23/10/2017

Nº da Guia: 16449



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2024	10:00:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A Aluna estava brincando no pula pula e veio a torcer o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Matheus

Telefone

(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

A aluna foi atendida pela professora que prestou os primeiros socorros

Educação Adventista
 Ass.: Ângela Fonseca
 Secretária - 2022/013
 Maria Ângela Fonseca da Silva

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

SECRET - 3033/013

Angela Fousses

Angela Fousses

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
ANA CECILIA KOCHER MISSIO	23/10/2017	10012520

Num. Atendimento : 1544572

Médico Responsável : CRM(53506) - PAULO FERNANDO IORCK

Evolução Em : 03/04/2024 11:41:17 Por : JANAINA RUSCH

TORÇÃO NO PÉ ESQUERDO ONTEM 03/04, EDEMA E DOR

NEGA ALERGIA

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
03/04/2024 11:41		36	22	111		0				93	5111

Janaina Rusch
COREN-RS-571132-ENF



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA

AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
----------	------------	------------

ANA CECILIA KOCHER MISSIO 23/10/2017 10012520

Num. Atendimento : 1544572

Médico Responsável : CRM(53506) - PAULO FERNANDO IORCK

Evolução Em : 03/04/2024 11:41:17 Por : JANAINA RUSCH

TORÇÃO NO PÉ ESQUERDO ONTEM 03/04, EDEMA E DOR

NEGA ALERGIA

Evolução Em : 03/04/2024 12:42:05 Por : PAULO FERNANDO IORCK

ENTORSE EM PÉ ESQUERDO. NEGA ALERGIAS

RX

Evolução Em : 03/04/2024 16:03:32 Por : MAURICIO DA SILVA

PACIENTE REAVALIADO E LIBERADA COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MEDICA.

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
03/04/2024 11:41		36	22	111		0				93	5111

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ÂNGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1508258

=====

Tipo : Ambulatorio (1561252)	Entrada: 09/05/2024 12:06 Saida: 09/05/2024 14:50	LANCAMENTO:1484785/1508258
Paciente : ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS Nascimento: 17/03/2012	Idade : 12	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55997206454	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA	SAME : 42522	Numero : 256672
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE	Competencia : 05/2024
Matricula : 9131271	Guia : 17584	Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL	Nota Convenio :	Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA	Situacao : Faturada	Competencia :

=====

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas									
Grupo: TAXAS									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
09/05/2024	000192	000192	OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL	TAXAS	1	130,15			130,15
Total C.Custo :									130,15
Total Grupo :									130,15
Total D.Taxas :									130,15

Data	Hospital	Agente	Descricao do Sadt	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Tipo: Sadt									
Grupo: RX									
C.Custo: RADIOLOGIA									
09/05/2024	40803120	2	MAO OU QUIRODACTILO	RX	1	16,41			16,41
			Filme M2: 0,0864	Valor: 0,00		Valor procedimento: 16,41			
Total C.Custo :									16,41
Total Grupo :									16,41
Total Sadt :									16,41

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM									
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO									
09/05/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00		54,00
Total C.Custo :									54,00
Total Grupo :									54,00
Total Honorarios:									54,00

Paciente : ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

								Total Fatura.. :	200,56
Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total	
RX				16,41				16,41	
SERVICO P	54,00							54,00	
TAXAS			130,15					130,15	
Total :	54,00	0,00	130,15	16,41	0,00	0,00	0,00		
				Total Com Honorario :	200,56				
				Total Sem Honorario :	146,56				

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1561252 PRONTUARIO: 42522

C.N.S: 700001200635501 RG: 5129155924 CPF: 04462794044

Paciente: ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS

Nome Social: ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS

Endereço: RUA PADRE ANCHIETA, 180

Bairro: ALIANÇA

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55997206454

Nascimento 17/03/2012

Idade: 12

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 9.13.1271

Mãe: DAICI ADRIANA DE FREITAS

Responsável: MARIA SALETE

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 09/05/2024

Hora: 12:06:55

Registrante: lcargnelutti

Data Saída:

Hora Saída:

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: 137/68 FC: 79 FR: 20 TA: 35,7 SpO2 90 HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: 50 dedo da mão E. Peso: 66,7 kg

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: _____

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
() 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

CONVÊNIO

Liliane Valle
COREN-RS 472.376 - ENFRafael Sakon R. Lima
MEDICO
CRM-RS 57041

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: Maria Salete

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alessandro de Freitas dos Santos
Nº da Carteirinha: 9.13.1271
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 17/03/2012

Nº da Guia: 17584

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2024	10:22:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava jogando queimada na aula de educação física e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Glaucio	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor que prestou os primeiros socorros

87.115.838/0019-38
Instituição Adventista Sul Riograndense
de Educação
Rua Avenida Venâncio Aires, 2068 - Centro
CEP 98803-000 - Santo Ângelo - RS

Ass.:

Marcos Antonio Dos Passos

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



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS	17/03/2012	42522

Num. Atendimento : 1561252
Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 09/05/2024 12:21:46 Por : PATRICK BORBA NASCIMENTO
PACIENTE PEDIATRICO ACOMPANHADO POR FAMILIAR. RELATA TORÇÃO E 5° QUIRODACTILO MÃO ESQUERDA DURANTE ATIVIDADE FISICA NA ESCOLA.
HISTORICO: NEGA
MEDICAMENTO:
ALERGIA: NEGA

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
09/05/2024 12:25	137/68	35,7	20	79		0				99	6088

Nº da Solicitação: 581996

01:55

Idade: 12 Anos

Prontuário: 42522

Nascimento: 17/03/2012

Convênio: 30 - CLINICA ADVENTISTA / CLINICA ADVENTISTA

Nº Atendimento: 1561252

Médico Resp.: (CRM) 57041 - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data Solicitação: 09/05/2024 12:40

Setor: AMBULATÓRIO

JME Informática S/A

Página(s) 1 de 1

Nome : ALESSANDRO DE FREITAS DOS SANTOS

Registro: 44494 Prontuário: 42522

Idade : 12 Anos (17/03/2012) Sexo : MASCULINO Origem : E
Procedencia: SANTO ANGELO

Exames :

(40803120) RX MAO OU QUIRODACTILOS

Atendimento: 09/05/2024 01:55 - 1561257

Código : 379941

Data : 09/05/2024

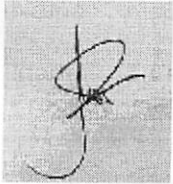
Convênio: CLINICA ADVENTISTA

Médico Executante : JOSE HERMES RIBAS DO NASCIMENTO

Médico Solicitante : RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

RX DA MÃO ESQUERDA

Ausência de sinais relacionáveis a fratura óssea aguda nas presentes incidências.
Partes moles sem alterações grosseiras ao método.



Dr(a) ROBERTO VIEIRA MORAES - CRM 030029

Total C.Custo : 54,00

Total Grupo : 54,00

Total Honorarios: 54,00

Total Fatura.. : 66,12

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont.(MatMed)	Cont.(Diar.)	Hotel	Total
MATERIAL		0,30						0,30

03/06/2024 15:07:26

Demonstrativo Individual II

Pagina: 0001

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
Endereço : RUA ANTONIO MANOEL Nº 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970
Fone : (55) 3313-2000 CGC : 96210471000101
Codigo Convenio : 1502917

Tipo : Ambulatorio (1555525) Entrada: 25/04/2024 14:07 Saída: 25/04/2024 14:55 | LANCAMENTO:1479482/1502917
Paciente : RAFAELA NUNES ROMEIRO Nascimento: 21/03/2016 Idade : 8 |
Cidade : SANTO ANGELO Fone: 55981116871 SAME : 187358 | Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA | Numero : 256676
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA CID: 2519 CUIDADO MEDICO NE | Competencia : 05/2024
Matricula : 9131495 Guia : 17217 | Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL Nota Convenio : | Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA Situacao : Faturada | Competencia :

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: Diarias e Taxas								
Grupo: TAXAS								
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO								
25/04/2024	992105	992105	CURATIVO PEQUENO EMERG	TAXAS	1	7,57		7,57
Total C.Custo :								7,57
Total Grupo :								7,57
Total D.Taxas :								7,57

Data	Hospital	Convenio	Descricao do MatMed	Unidade	Marca	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Tipo: MatMed									
Grupo: MATERIAL									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
25/04/2024	020054	70175969	COMPRESSA GAZE 10 X10 13 FIOS CME	UN	CREMER	5	0,060		0,30
Total C.Custo :									0,30
Total Grupo :									0,30

Grupo: MEDICAÇÃO									
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO									
25/04/2024	010390	010390	CLORETO DE SODIO 0,9% FR 100ML	FR		1	4,246		4,25
Total C.Custo :									4,25
Total Grupo :									4,25
Total MatMed :									4,55

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc. Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM								
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO								
25/04/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00	54,00

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1555525

PRONTUARIO: 187358

C.N.S: 700007296413403

RG: 7134934814

CPF:

Paciente: RAFAELA NUNES ROMERO

Nome Social: RAFAELA NUNES ROMERO

Endereço: RUA PEDRO ERNESTO VOGUEL, 240

Bairro: ALIANCA

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55981116871

Nascimento 21/03/2016

Idade: 8

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 17217

Mãe: ALINE SIQUEIRA NUNES ROMERO

Responsável: ALINE

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 25/04/2024

Hora: 14:07:34

Registrante: laugusti

Data Saída:

Hora Saída:

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ TA: _____ SpO2 _____ HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: _____

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: _____

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
() 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

Luelen Valle
COREN-RS 472.376 - ENFRafael Sakon R. Lima
MÉDICO
CRM-RS 57041

Assinatura e Carimbo Profissional

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaela Nunes Romeiro
Nº da Carteira: 9.13.1495
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 21/03/2016

Nº da Guia: 17217

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2024	13:23:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
corte no joelho	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna foi subir a escada correndo e acabou caindo vindo a cortar o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiza	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

A aluna foi atendida pelo monitor que prestou os primeiros socorros.

Inst. Adv. Sul Riog. Educação

Ass.:

Maria Ângela Fonseca da Silva

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



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 3026

Data de emissão : 25/04/2024

Idade : 8



482668

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Isabela Maria RomeroNº. da matrícula: 18217 Série: _____Data da ocorrência: 25/04/24

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: Santo AngeloData: 25/04/24

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



**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 3026

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Rafaela Maria Romero

Nº. da matrícula: 18297 Série: _____

Data da ocorrência: 28/04/24

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: Sto. Angelo

Data: 18/04/24

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
REQUISIÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIO

Nº Requisição : 482668

Data Requisição : 25/04/2024

Nº Atendimento : 1555525

Data Atendimento :

Idade : 8

Paciente : RAFAELA NUNES ROMEIRO

Médico : (57041)RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Convênio : (30)CLINICA ADVENTISTA

Unidade : (011)PA (NÃO COVID)

Centro de Custos : (79-5)PRONTO ATENDIMENTO



482668

Observação :

MatMed	Descrição MatMed	Und.	Quantidade	Fornecido
010390	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% FR 100ML	FR	1	_____
020054(F)	COMPRESSA GAZE 10 X10 13 FIOS CME NAO ESTERIL	UN	2	_____
020549	TRANSOFIX	UN	1	_____

Digitado por challes
Liberado por

Entregue : _____

Recebido : _____

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA

AMBULATÓRIO

Paciente

Nascimento

Prontuário

RAFAELA NUNES ROMEIRO

21/03/2016

187358

Num. Atendimento : 1555525

Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 25/04/2024 14:55:51

Por : CARLA HALLES

PACIENTE CHEGA NO PRONTO ATENDIMENTO, ACOMPANHADO DE FAMILIAR, CALMA, LUCIDA E ORIENTADA, DEAMBULANDO, SIC TEVE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA, APRESENTA PEQUENA ESCOREÇÃO EM JOELHO ESQUERDO, AVALIADO PELO MÉDICO DE PLANTÃO, REALIZADO CURATIVO+APROXIMAÇÃO DE BORDAS, APOS LIBERADA.

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
Endereço : RUA ANTONIO MANOEL N° 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970
Fone : (55) 3313-2000 CGC : 96210471000101
Codigo Convenio : 1492148

=====

Tipo : Ambulatorio (1544205)	Entrada: 02/04/2024 20:49	Saida: 02/04/2024 23:16	LANCAMENTO:1468942/1492148
Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS	Nascimento: 07/11/2016	Idade : 7	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55996178164	SAME : 183928	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero : 257787
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia : 06/2024
Matricula : 9131517	Guia : 16446		Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL	Nota Convenio :		Protocolo :
Responsavel : 57041 RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA	Situacao : Faturada		Competencia :

=====

Data	Hospital	Convenio	Descricao da D.Taxa	Descricao do Grupo	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
------	----------	----------	---------------------	--------------------	------	----------	-------	-------	-------

Tipo: Diarias e Taxas
Grupo: TAXAS
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO

02/04/2024	000192	000192	OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL	TAXAS	1	130,15			130,15
Total C.Custo :									130,15
Total Grupo :									130,15
Total D.Taxas :									130,15

Data	Hospital	Convenio	Descricao do MatMed	Unidade Marca	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
------	----------	----------	---------------------	---------------	------	----------	-------	-------	-------

Tipo: MatMed
Grupo: MEDICAÇÃO
C.Custo: PRONTO ATENDIMENTO

02/04/2024	010008	010008	DIPIRONA GOTAS 500MG/ML	GTS	25	0,025			0,63
Total C.Custo :									0,63
Total Grupo :									0,63
Total MatMed :									0,63

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
------	----------	-------------------	--------------	----------	------	----------	-------	-------	-------

Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO

02/04/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00		54,00
Total C.Custo :									54,00
Total Grupo :									54,00
Total Honorarios:									54,00

Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Convenio : CLINICA ADVENTISTA

						Total Fatura.. :	184,78
Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel
Total							
MEDICACAO		0,63					
SERVICO P	54,00						
TAXAS			130,15				
							130,15
Total :	54,00	0,63	130,15	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Com Honorario :				184,78			
Total Sem Honorario :				130,78			

B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1544205

PRONTUARIO: 183928

C.N.S: 705003219331853 RG:

CPF: 05277218084

Paciente: LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Endereço: NICOLAU LEITE DE OLIVEIRA, 884

Bairro: MELLER

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55996178164

Nascimento 07/11/2016

Idade: 7

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 9121517

Mãe: DENISE DA SILVA PINHEIRO

Responsável: DENISE

Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Data: 02/04/2024

Hora: 20:49:45

Registrante: brauber

Data Saída:

Hora Saída:

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: Entorso tornozelo esquerdo Hora: _____Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ TA: 37,8°C SpO2 _____ HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico:

Última Consulta: _____ Motivo: _____

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: _____

Alergia: nyg _____

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
() 80031029 Imobilização Gessada
() 80031023 Observação AMB
() 80041799 Enterocisma
() 80043381 SNG
() 80043375 Curativo P
() 80043376 HGT
() 80043380 SNE
() 80043382 Sonda Reta
() 80043374 Curativo M
() 80043373 Curativo G
() 80041062 Adm.Medic.IM/EV
() 80041051 Instalação do
() 8041068 Retirada de Pontos
() 80043367 Nebulização

Alto

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: _____

CONVÊNIO

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

Andressa Newinski
GOREN-RS - 256787 - ENF

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
LEONARDO PINHEIRO MARTINS	07/11/2016	183928

Num. Atendimento : 1544205

Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 02/04/2024 21:25:14 Por : ANDRESSA NEWINSKI

CRANÇA DE 7 ANOS TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ONTEM, HOJE EDEMA LOCAL, DEFORMIDADE NO MEMBRO E DOR, TEVE FEBRE.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO.

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
02/04/2024 21:26		37,08				0					anewinski

Andressa Newinski
GOREN-RS - 256787 - ENF



**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 3024

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Leonardo Pinheiro Martins

Nº. da matrícula: 913 1517 Série: 2º

Data da ocorrência: 02/04/24

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: Santo Angelo

Data: 02/04/24

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



**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: Leonardo Pinheiro Martins

Nº da matrícula: 913 1517

Instituição/Escola: Escola Adventista Santo Angelo

Descrição da Ocorrência: Torção do Tornozelo Esquerdo

Data: 02 / 04 / 24

Hora: _____

Meio de transporte: Cama Propria

Responsável pelo transporte: X Escola

Autorizo a Clínica e/ou Hospital:

Regional das Missões

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

X

Assinatura do responsável – Escola

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

PROGRAMA ADVENTISTA DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Pinheiro Martins
Nº da Carteira: 9.13.1517
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 07/11/2016

Nº da Guia: 16446

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/04/2024	18:15:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava brincando no pátio e acabou vindo a torcer o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Matheus

Telefone

(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações

O aluno foi atendido e prestado os primeiros socorros.

Educação Adventista
Ângela Fonseca
Secretária - 2022/013
Ass.:
Maria Ângela Fonseca da Silva

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ÂNGELO
RUA ANTÔNIO MANOEL, 701 - 98.801.690 - SANTO ÂNGELO - RS
96.210.471/0001-01

Atendimento Nro: **1544205** PRONTUARIO: 183928 C.N.S: 705003219331853 RG: CPF: 05277218084
Paciente: **LEONARDO PINHEIRO MARTINS**
Endereço: NICOLAU LEITE DE OLIVEIRA, 884 Bairro: MELLER
Cidade: SANTO ANGELO Fone: 55996178164
Naturalidade: SANTO ANGELO
Nascimento 07/11/2016 Idade: 7 Convênio: CLINICA ADVENT Matrícula: 9121517
Mãe: DENISE DA SILVA PINHEIRO
Responsável: DENISE
Executante RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA
Data: 02/04/2024 Hora: 20:49:45 Registrante: brauber
Data Saída: Hora Saída:

Eu, LEONARDO PINHEIRO MARTINS portador(a) do documento de identidade , CPF nº 05277218084 residente e domiciliado(a) em SANTO ANGELO
Declaro ao Hospital Santo Ângelo, para todos os efeitos e fins, que assumo plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e ou principal, pelos depósitos exigidos, despesas hospitalares médica, incluindo serviços e medicamentos, órteses e próteses, bem como serviços de diagnósticos e tratamento, sempre que estes não forem cobertos pelo respectivo convênio: necessários ao tratamento do paciente.

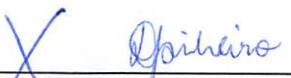
LEONARDO PINHEIRO MARTINS Inscrito no CPF 05277218084 sob responsabilidade do médico (a) Dr.(a) RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Declaro ainda, que a responsabilidade ora assumida é sem prazo determinado e persistirá até o pagamento final das despesas. No caso de não pagamento por parte do cliente, a minha responsabilidade persistirá válida, independente de notificação prévia e abrangerá todas as despesas até a alta médica do paciente no fechamento das contas. Se o momento final for resgatado, fica autorizado o hospital a emitir sem mais avisos, uma duplicata de prestação de serviços do salda devedor apurado, a qual servirá para competente cobrança automaticamente majorada de acordo com o I.G.P.M. do mês do pagamento acrescido de juras de 1% (um por cento) ao mês de cobrança, contra o signatário ou próprio paciente.

Declaro expressamente que os médicos responsáveis pela internação e tratamento, foram pelo paciente e por mim escolhidos livremente e que seus horários profissionais não serão vinculados à conta hospitalar, devendo serem acertados os mesmos diretamente com os médicos.

O presente tem força de garantia fidejussória, renunciando expressamente, o declarante, ao benefício de ordem do artigo 1.491 do Código Civil e reconhecendo a garantia como prestada na forma do artigo 1.486, mesmo código. Recebo neste ato o regulamento interno do hospital e responsabilizo-me pela fiel observação de suas instruções. No caso de qualquer medida judicial em razão da responsabilidade ora assumida, é facultado ao hospital a utilização para todos os efeitos processuais, o foro da comarca de Santo Ângelo.

Santo Ângelo, 02/04/2024


Responsável e/ou Fiador

Testemunhas:

RG:
CPF:

RG:
CPF:

HOSPITAL SANTO ANGELO
PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL

☐ Liberada

PRESCRIÇÃO MÉDICA : 105881

Nro. Atendimento : 1544205

Usuário que prescreveu : rschalansk

Nome : LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Idade : 7

Peso : 0

Prontuário : 183928

**Tipo de Atendimento: PRONTO
ATENDIMENTO**

Médico(a) : 57041

RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Diagnóstico : Z519

CUIDADO MEDICO NE

Data/Hora : 02/04/2024 21:47



1544205

Seq Descrição

Execução

MEDICAMENTOS :

1 DIPIRONA GOTAS 500MG/ML - 25 gts VO Administrar Agora

010008

14

Evoluido por: RAFAELA THAIS SCHALANSKI em 02/04/2024 21:46:27

#Alergias nega

#Comorbidades nega

#MUC nega

S: Acompanhado pelo pai. Refere torção de tornozelo esquerdo há 1 dia. Febre de 37,8°C hoje.

D: BEG, MUC, AAA

AC: RR 2T BNF SS

AP: MVUA, SRA, sem uso de musculatura acessória

A. Entorse tornozelo E

Cd.

Solicito RX tornozelo E + pé E

Rafaela T. Schalanski
Médica
CRM/RS 57758

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO
REQUISIÇÃO DE ENFERMAGEM AMBULATORIO

Nº Requisição : 480670

Data Requisição : 02/04/2024

Nº Atendimento : 1544205

Data Atendimento :

Idade : 7

Paciente : LEONARDO PINHEIRO MARTINS

Médico : (57041)RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Convênio : (30)CLINICA ADVENTISTA

Unidade : (011)PA (NÃO COVID)

Centro de Custos : (79-5)PRONTO ATENDIMENTO



480670

Observação :

MatMed	Descrição MatMed	Und.	Quantidade	Fornecido
010008(F)	DIPIRONA GOTAS 500MG/ML	GTS	25	_____
022511	SERINGA DOSADORA P/MOVIMENTO 3ML	UN	1	_____

Digitado por epicco
Liberado por _____

Entregue : _____

Recebido : _____



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA

AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
----------	------------	------------

LEONARDO PINHEIRO MARTINS

07/11/2016

183928

Num. Atendimento : 1544205

Médico Responsável : CRM(57041) - RAFAEL SAKON RODRIGUES LIMA

Evolução Em : 02/04/2024 21:25:14 Por : ANDRESSA NEWINSKI

CRIANÇA DE 7 ANOS TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ONTEM, HOJE EDEMA LOCAL, DEFORMIDADE NO MEMBRO E DOR, TEVE FEBRE.

NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO.

Evolução Em : 02/04/2024 21:46:27 Por : RAFAELA THAIS SCHALANSKI

#Alergias nega
#Comorbidades nega
#MUC nega

S: Acompanhado pelo pai. Refere torção de tornozelo esquerdo há 1 dia. Febre de 37,8°C hoje.

O: BEG, MUC, AAA
AC: RR 2T BNF SS
AP: MVUA, SRA, sem uso de musculatura acessória

A. Entorse tornozelo E

Cd.
Solicito RX tornozelo E + pé E

Evolução Em : 02/04/2024 22:00:36 Por : ELIANE PICCO

PACIENTE AVALIADO PELA MÉDICA PLANTONISTA DRª RAFAELA. ENCAMINHADO REALIZAR RAO X. AGUARDA EM OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL.

Evolução Em : 02/04/2024 22:23:25 Por : ELIANE PICCO

EM TEMPO: PACIENTE MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Evolução Em : 02/04/2024 23:16:04 Por : ELIANE PICCO

PACIENTE AVALIADO PELO MÉDICO PLANTONISTA DRº RAFAEL QUE LIBEROU COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

Eliane Picco
Eliane Picco
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-MS 602630

Sinais Vitais :

Data/Hora	PA	Temp	FR	FC	Urn	Peso	Drn	SND	Glic	SatO2	Evoluído por
02/04/2024 21:26		37,08				0					anewinski

Nome da Empresa : HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO

Endereço : RUA ANTONIO MANOEL N° 701 - SANTO ANGELO - RS - 98801-970

Fone : (55) 3313-2000

CGC : 96210471000101

Codigo Convenio : 1491616

=====

Tipo : Ambulatorio (1543647)	Entrada: 01/04/2024 19:20	Saida: 01/04/2024 22:15	LANCAMENTO:1468419/1491616
Paciente : MATHEUS BARBOSA DA ROSA	Nascimento: 20/11/2018	Idade : 5	-----
Cidade : SANTO ANGELO	Fone: 55996648900	SAME : 208464	Faturamento
Convenio : CLINICA ADVENTISTA			Numero : 256941
Negociacao : CLINICA ADVENTISTA	CID: Z519 CUIDADO MEDICO NE		Competencia : 05/2024
Matricula : 00365400012003728		Guia : 3023	Contabilidade
Especialidade : CLINICA GERAL		Nota Convenio :	Protocolo :
Responsavel : 53506 PAULO FERNANDO IORCK		Situacao : Faturada	Competencia :

=====

Tipo: Honorarios

Data	Hospital	Descricao do Sadt	Profissional	CPF/CNPJ	Qtd.	Unitario	Desc.	Acre.	Total
Grupo : SERVICO PROFISSIONAL - HM									
C. Custo : PRONTO ATENDIMENTO									
01/04/2024	99007037	ATENDIMENTO CLINICO	2	HOSPITAL DE CARIDADE	96210471000101	1	54,00		54,00
Total C.Custo :									54,00
Total Grupo :									54,00
Total Honorarios:									54,00

Total Fatura.. : 54,00

Grupo	Honorarios	Matmed	Dia./Taxas	Sadt	Cont. (MatMed)	Cont. (Diar.)	Hotel	Total
SERVICO P	54,00							54,00
Total :	54,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Total Com Honorario : 54,00

Total Sem Honorario : 0,00



B P A - BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO

VERMELHA

☐

AZUL

☐

AMARELA

☐

VERDE

☐

LARANJA

☐

Convênio : CLINICA ADVENTISTA

Atendimento Nro: 1543647 PRONTUARIO: 208464 C.N.S.: 706502394477295 RG: 9137824091 CPF: 06074684081

Paciente: MATHEUS BARBOSA DA ROSA

Endereço: RUA SANTOS DUMOND, 67

Bairro: MARIA RITTER

Cidade: SANTO ANGELO

Naturalidade: SANTO ANGELO

Fone: 55996648900

Nascimento 20/11/2018

Idade: 5

Convênio: CLINICA ADVENT

Matricula: 3022

Mãe: ELISIANE MICHELI BARBOSA POLANSKI DA ROSA

Responsável:

Executante PAULO FERNANDO IORCK

Data: 01/04/2024

Hora: 19:20:44

Registrante: alinesilva

Data Saída:

Hora Saída: 00:00:00

CONVÊNIO

Motivo do Atendimento: _____ Hora: _____

Sinais Vitais: PA: _____ FC: 20 FR: 20 TA: 36 SpO2 100% HGT _____ Escala de Dor: _____

Situação/Queixa/Breve Histórico: Grande de prépio, alguns d

Última Consulta: der M.S.O., Motivo: punho D.

Exames Prévios: _____

Medicação Usual: ige

Alergia: ige

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
- () 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

Denise Guerin
COREN-RS 314.479 - ENEDra. Julia F. Hartmann
Médica
CRM 55451

Assinatura e Carimbo Profissional: _____

Diagnostico / CID: _____

Assinatura Paciente / Responsável: Elisiane

Eu concordo em receber (atualizações, campanhas, recibos eletrônicos, notificações, avisos, etc.) pelo celular (sms, WhatsApp, ligação).

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Barbosa da Rosa
Nº da Carteira: 9.13.1669
Instituição: Escola Adventista de Santo Ângelo



Data de Nascimento: 20/11/2018

Nº da Guia: 16484

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/04/2024	18:10:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda	Cotovelo Direito

Descrição
O aluno estava aula de Futsal e acabou caindo por cima do braço direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus	(55) 3312-3133

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital de Caridade de Santo Ângelo	Rua Antônio Manoel	701	Centro	(55) 3313-2000

Observações
O aluno foi atendido pelo Professor que prestou os primeiros socorros.

Ass.: _____

Maria Ângela Fonseca da Silva

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



**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 3023

Instituição/Escola: _____

Nome do Aluno: Matheus Barbosa da Rosa

Nº. da matrícula: _____ Série: _____

Data da ocorrência: ____/____/____

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 Ângela

Data: 01/04/2014

Nome: _____

Assinatura: Coliviane M. Barbosa

* 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



EVOLUÇÃO AMBULATORIAL - EMERGÊNCIA
AMBULATÓRIO

Paciente	Nascimento	Prontuário
MATHEUS BARBOSA DA ROSA	20/11/2018	208464

Num. Atendimento : 1543647

Médico Responsável : CRM(53506) - PAULO FERNANDO IORCK

Evolução Em : 01/04/2024 22:15:31 Por : DAIANE ROSA CORREA

PACIENTE CRIANÇA CHEGA NO PRONTO ATENDIMENTO RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA REFERE DOR PUNHO DIREITO,FOI AVALIADO PELA MEDICA PLANTONISTA DRª JULIA QUE SOLICITA RX DO MSD APOS REAVALIADO E LIBERADO COM RECEITA E ORIENTAÇÕES.