

Atendimento: 1327988 - ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA Lote: 1616319 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 11442001 Validade.:07/07/2023
Senha.....: 11442001 Autoriz.:07/07/2023
Carteira.: 279763 Validade.: 30/12/2023 Titular....: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
: CANARIOS DOS

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/06/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 11442001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 07/07/2023	5 - Sembr 11442001
6 - Número da Carteira 279763	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11442001
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 14115	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/07/2023
23 - Indicação Clínica FRAT DE 4º QDE HA 1M. USOU TALA 3 SEMANAS. PASSA BEM.	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/06/2023 08:32 08:32 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 42-Qde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 1.0 65.00 65.00	
48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 65.00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alexandre Dzazio Fausto de Almeida

Nº da Carteirinha: 2.79.763

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 06/06/2014

Nº da Guia: 11442.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/06/2023	17:30:01	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O Alexandre estava na aula de Ed. Física e uma colega acabou pisando em sua mão sem querer. Ele sente muita dor no local, e o dedo está um pouco roxo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Katia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elizabete	22/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

A médica pediu um retorno para o Alexandre, para ver se ficou tudo bem com o dedo dele.

Ass.: _____

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Atendimento: 1327988 Data do Atendimento: 22/06/2023
Prontuário: 997467 Nome: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 06/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: CANARIOS DOS Numero 381 CEP: 83045540

Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279763

Médico: KARLA MULLER CARVALHO CRM: 14115

Responsável: Parentesco:

1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.

2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.

3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.

4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.

5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.

5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.

9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1327988 **Prontuário:** 997467 **SAME:**
Paciente..... : ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Endereço..... : CANARIOS DOS
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 22/06/2023

Hora Atend: 08:32 **Data Atend:** 22/06/2023
Idade: 9 a

UF..: PR **CEP:** 83045540
Plano...: UNICO

Hora Saída : 09:06

Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

FRAT DE 4º QDE HÁ 1M. USOU TALA 3 SEMANAS. PASSA BEM.

EXAME FISICO

SEM EDEMA
SEM DOR A PALP
ADM AMPLA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE FALANGE

TRATAMENTO

FICA LIVRE
RETORNO GRADUAL ÀS ATIVIDADES.

Dra. Karla Müller
Ortopedia
CRM-PR 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA