

Atendimento: 1338245 - CAIO GUSTAVO STEINER Lote: 1632584 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CAIO GUSTAVO STEINER
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
 Guia.....: 12386001 Validade.:27/07/2023
 Senha.....: 12386001 Autoriz.:27/07/2023
 Carteira.: 2374155 Validade.: 20/10/2023 Titular...: CAIO GUSTAVO STEINER
 : RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,46	0,00	0,00	0,00	0,00	5,46
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
MEDICAMENTOS	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50
Total da Conta:						36,60

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/07/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	1	2,3985	2,40
27/07/2023	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	2	0,2916	0,58
27/07/2023	08006168 LAMINA DE BISTURI N 11 B.BRAUNN	UND	1	2,4750	2,48
Total :					5,46

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/07/2023	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

MEDICAMENTOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/07/2023	07003395 SOL CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML ISOFARMA	AMP	1	0,5040	0,50
Total :					0,50

Total Geral: 36,60



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

2 - Nº Guia no Prestador **12386001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 27/07/2023	5 - Senha 12386001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 12386001

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2374155	9 - Validade da Carteira 20/10/2023	10 - Nome CAIO GUSTAVO STEINER	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LUISA GARCIA DE PAULA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 37031	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 27/07/2023	23 - Indicação Clínica 3 SEMANAS POS OP COTOVELO ESQ (SC)	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
---	----------------------------------	--	--	---	--

Dados do Contratado Excusante	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
-------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Encusação / Procedimentos e Exams Realizados				
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	1 27/07/2023 08:42 08:42 22	40803090	RX - COTOVELO	42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
				001 1.0 30,64 30,64

Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(s)	48 - S4 - 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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /
--	--

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 30,64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 5,46	62 - Total de CPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,50	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 36,60
---------------------------------	---	---	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---	------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS
000000

2 - Número da Guia Referenciada
12386001

5 - Código CNES
3005585

Dados do Contratado Execuante

4 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

3 - Código na Operadora
76530518000107

16-Valor Total - R\$

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	Registro ANVISA do Material				18-Referencia do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento	
2 -	03	27/07/2023	08:25:00	a	08:25:00	19	70176035		0.29	0.58
20 -	Descrição:	COMPRESSA 7,5CMX7,5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013				1	036	1.00	2.48	2.48
3 -	03	27/07/2023	08:25:00		19		70361010			2.40
20 -	Descrição:	LAMINA DE BISTURI EM AÇO CARBONO PARA CIRURGIA GERAL AESSCULAP - BB511				1	045	1.00	2.40	2.40
4 -	03	27/07/2023	08:25:00		19		70852588			0.50
20 -	Descrição:	ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m				1	001	1.00	0.50	0.50
5 -	02	27/07/2023	08:25:00		20		90303156			0.50
20 -	Descrição:	SOLUCAO FISIOLOGICA DE CLORETO DE SODIO EQUIPLEX 0.9% 10ML								0.50

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.50

23 - Total de Materiais (R\$) 5.46

24 - Total de OPME (R\$) 0.00

25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

26 - Total de Diárias (R\$) 0.00

27 - Total Geral (R\$) 5.96

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Caio Gustavo Steiner
Nº da Carteira: 2.37.4155
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 13/04/2006

Nº da Guia: 12386.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/07/2023	07:09:08	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Esquerdo

Descrição
Curativo pós cirurgia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alexandro Antônio Procópio Gaspar	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alexandro Antônio Procópio Gaspar	13/07/2023

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


Coord. Disciplina

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 1338245

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2374155

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAIO GUSTAVO STEINER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANA LUISA GARCIA DE PAULA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
37031

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

MÉDICO / CRM-PR 37031

Dr.: Ana Luisa
Garcia De Paula

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
27/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Excepcional
29 - Código na Operadora
HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excepcional(e)
48 - Seg. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operador/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde
1 - ____/____/____
2 - ____/____/____
3 - ____/____/____
4 - ____/____/____
5 - ____/____/____
6 - ____/____/____
7 - ____/____/____
8 - ____/____/____
9 - ____/____/____
10 - ____/____/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1338245

Pedido.....:

Paciente.....: CAIO GUSTAVO STEINER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Data do Exame.: 27/07/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo pós cirúrgico.

Placas e parafusos metálicos fixados no úmero distal.

Fios metálicos fixados no olécrano.

Sinais de manipulação cirúrgica prévia na diáfise do úmero e da ulna.

28 de Julho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE OLIVEIRA
27/07/2023 08:26:28

Atendimento: 1338245 Data do Atendimento: 27/07/2023
Prontuário: 999714 Nome: CAIO GUSTAVO STEINER
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 13/04/2006
RG: 124629578 CPF: 12704419906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987389148

Rua: RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL Numero 1328 CEP: 83320070
Bairro: Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2374155
Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA CRM: 37031
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..... : 1338245 **Prontuário:** 999714 **SAME:** **Hora Atend:** 08:25 **Data Atend:** 27/07/2023
Paciente..... : CAIO GUSTAVO STEINER
Endereço..... : RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL **Idade:** 17 a
Bairro..... :
Cidade..... : PINHAIS **UF.:** PR **CEP:** 83320070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/07/2023 **Hora Saída :** 12:37
Prestador da Evolução Médica: 1282 **ANA LUISA GARCIA DE PAULA**

HDA

3 SEMANAS PÓS OP COTOVELO ESQ (SC)

EXAME FISICO

TALA GESSADA EM BOM ESTADO
FO LIMPA E SECA, SEM SINAIS DE FLOGOSE
PARESTESIA DE RADIAL, MELHORA DO EDEMA DE MÃO E COTOVELO
ADM 80-90-100, INDOLOR
PS 45-0-15
RAIO-X SEM SINAIS DE SOLTURA DE MATERIAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX SC

TRATAMENTO

INICIAR FST PARA GANHO DE ADM
RETORNO EM 1 MES

Dra. Ana Luísa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOT 18926

ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1518089 DATA: 27/07/2023 08:41
USUÁRIO....: ANA.GARCIA
ATENDIMENTO: 1338245 DT NASC: 13/04/2006 (17A 3M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/07/2023 08:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1338245

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 COTO/VELO (ESQUERDO)	1						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. RETIRADA DE PONTOS	1					[27/07]	08:41
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	1	UNIDADE					
C/5 UND ESTERIL							
-> LAMINA DE BISTURI N 11 UND	1	UNIDADE					
3 C.C. CURATIVO COTOVELO	1					[27/07]	08:41
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	1	AMPOLA					
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13	1	UNIDADE					
FIOS UND							
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	1	UNIDADE					
C/5 UND ESTERIL							

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOT 18926

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM: 37031

Período de 27/07/2023 a 27/07/2023

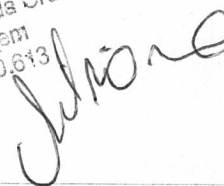
Atendimento: **1338245 CAIO GUSTAVO STEINER** Nascimento: 13/04/2006
Mãe: ROSANE NATALINA IANCOSKI STEINER
Internação: 27/07/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: Médico: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Evolução/Anotação: 00636855 Data: 27/07/2023 Hora: 15:55

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO PÓS OPERATÓRIO . APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO + RETIRADA DE PONTOS COM LAMINA DE BISTURI N 11 CONFORME PRESCRIÇÃO, FERIDA OPERATÓRIA PEQUENA LIMPA E SECA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

MATERIAL UTILIZADO:
30CM DE MICROPORE
02 PCTE DE GAZE
01 SF 10ML
01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO
01 LAMINA DE BISTURI N11

Silvana Apª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960.613



1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613