

Atendimento: 1367367 - CAIO GUSTAVO STEINER Lote: 1678214 - 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.....: 13113002 Validade.:11/12/2023
Senha.....: 13113002 Autoriz.:11/12/2023
Carteira...: 2374155 Validade.: 20/11/2023 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
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/10/2023	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/10/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO ANA LUISA GARCIA DE PAULA - 37031 04894528924	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1367367 Data do Atendimento: 26/10/2023
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 Numero 1328 CEP: 83320070
Rua: RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL UF: PR
Bairro: Cidade: PINHAIS
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 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

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: 13113.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/10/2023	08:30:07	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

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

Descrição

Retorno pós operatório.

Telefone

(41) 3051-8660

Testemunha da ocorrência

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

Data

30/08/2023

Quem prestou primeiros socorros

o Mesmo

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

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1367367 Prontuário: 999714 SAME: Hora Atend: 09:09 Data Atend: 26/10/2023
Paciente..... : CAIO GUSTAVO STEINER Idade: 17 a
Endereço..... : RODOVIA JOAO LEOPOLDO JACOMEL
Bairro..... :
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83320070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano....: UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 11:07
Data Saída..... : 26/10/2023
Prestador da Evolução Médica: 1282 ANA LUISA GARCIA DE PAULA

HDA

Refere ligeira melhora em mão; fez 2 sessões de TO

EXAME FISICO

Em uso de órtese, já com contratura de extensor radial de punho voluntária
Raio-x em consolidação
ADM cotovelo 120/60

DIAGNOSTICO - HISTORICO

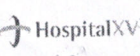
PO SC

TRATAMENTO

Pais angustiados pela lentidão da resposta neurológica, já conversaram com Dr Nagai;
Acalmo pais, apresendo novamente o plano terapeutico, oriento a buscar o Dr Nagai e sim, explico que é possivel
uma nova cirurgia para avaliação de nervo
Solicito USG para verificar
Manter complexo B

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

ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PREScrição.: 1550959 DATA: 26/10/2023 09:23
USUÁRIO....: ANA.GARCIA
ATENDIMENTO: 1367367 DT NASC: 13/04/2006 (17A 6M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/10/2023 09:09 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

CICLO...: 1/

1367367

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)	1						

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

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM: 37031

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1367367

Pedido.....:

Paciente.....: CAIO GUSTAVO STEINER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 26/10/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo de controle pós cirúrgico com placas e parafusos metálicos fixados no úmero distal e fios metálicos fixados no olécrano.

30 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639