

Atendimento: 1410146 - CAIO GUSTAVO STEINER Lote: 1745703 - 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.: 12386002 Validade.: 05/04/2024
Senha.: 12386002 Autoriz.: 05/04/2024
Carteira.: 2374155 Validade.: 12/12/2029 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
14/03/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404946930	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
14/03/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO ANA LUISA GARCIA DE PAULA - 37031 04894526924	CLINICO	100.00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADI

2 - Nº Guia no Prestador 12386002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
05/04/2024

5 - Sentido

12386002

6 - Data de Validade da Sentido

12386002

7 - Número da Guia Arribado pela Operadora

8 - Número da Carteira
2374155

9 - Validade da Carteira
12/12/2029

10 - Nome
CAIO GUSTAVO STEINER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
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 da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica
Sem queixas

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Específico
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)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 14/03/2024 11:06 11:06 22 10281012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO UNO HOSPITAL NORMA 07 PVEE
2 14/03/2024 11:23 11:23 22 40693096 RX - COTIVELLO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00
002 1,0 59,64 30,64

Identificação do(s) Profissional(s) Específico(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Cr. Part 50 - Cod 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. / / 3. / / 5. / / 7. / / 9. / /
2. / / 4. / / 6. / / 8. / / 10. / /

58 - Observação Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
95,64

60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de CPVE (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinas (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
95,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1410146
Pedido.....: 1410146
Paciente.....: CAIO GUSTAVO STEINER
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
Data do Exame.: 14/03/2024

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.

19 de Marco de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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

Data de Nascimento: 13/04/2006 **Nº da Guia:** 12386.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	09:59:35	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
Consulta de retorno com Dra. Ana, em 14/03/2024, às 11:20, no Hospital de Fraturas XV.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar
CAC
Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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: <http://sistemas.iao.org.br/ano> (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

AMBUCLATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA LIMA
14/03/2024 11:07:48

Atendimento: 1410146 Data do Atendimento: 14/03/2024
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..... : 1410146 Prontuário: 999714 SAME: Hora Atend: 11:06 Data Atend:14/03/2024
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 UMERU
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/03/2024 Hora Saída : 14:22

Prestador da Evolução Médica: 1282 ANA LUISA GARCIA DE PAULA

HDA

Sem queixas

EXAME FISICO

Raio-x consolidado
ADM FE 30-180; PS 90-0-90

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Po SC

TRATAMENTO

Libero para volei

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

ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1601909 DATA: 14/03/2024 11:22
USUÁRIO....: ANA.GARCIA
ATENDIMENTO: 1410146 DT NASC: 13/04/2006 (17A 11M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2024 11:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

1410146

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	COTOVELO (ESQUERDO)				
---	---------------------	--	--	--	--

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

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM: 37031

PRESCRIÇÃO.: 1601909 DATA PRESCRIÇÃO: 14/03/2024 11:22
SETOR SOLIC: AMBULATORIOS NR CARTEIRA: 2374155
ATENDIMENTO: 1410146 VALIDADE: 12/12/2029
PACIENTE...: 999714 - CAIO GUSTAVO STEINER NASC: 13/04/2006 17A 11M 2D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVENIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA SERVIÇO:
EXAMINADOR...: 37031 ANA LUISA GARCIA DE PAULA
INDICAÇÃO...: LEITO:
DETO EXAM: AMBULATORIOS USUÁRIO: ANA.GARCIA
CTV.....: 3434 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMER

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Data: 28 RADIOLOGIA AMBULATORIO

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fato
EXAMELO (EXAMENHO)	1	*793994* 793994	14/03/2024 11:22		*1047668* 1047668 AT	32030096

AL

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM : 37031