

Atendimento: 1415948 - FABIO LUIS MOCELLIM FILHO Lote: 1754742 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: FABIO LUIS MOCELLIM FILHO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELA PENNA / 24956
Guia.....: 16087001 Validade.:17/04/2024
Senha.....: 16087001 Autoriz.:17/04/2024
Carteira.: 2375825 Validade.: 01/01/2025 Titular.: FABIO LUIS MOCELLIM FILHO
: JOAO SEBASTIAO BUNIK

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	22,92	0,00	0,00	0,00	0,00	22,92
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MEDICAMENTOS	7,13	0,00	0,00	0,00	0,00	7,13
Total da Conta:						95,05

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/04/2024	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	3	0,2916	0,87
01/04/2024	08003383 ADAPT. P/ TRANSF. DE SORO B BRAUN	UND	1	19,5660	19,57
01/04/2024	08006168 LAMINA DE BISTURI N 11 B.BRAUNN	UND	1	2,4750	2,48
Total :					22,92

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/04/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA TO		100,00%	1	65,0000	65,00
	MARCELA PENNA - 24956 05571712708	CLINICO				
Total :						65,00

MEDICAMENTOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/04/2024	07001357 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML EP SIST.FECHADO B	FR	1	7,1280	7,13
Total :					7,13

Total Geral: 95,05



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

2 - N° Guia no Prestador 16087001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha 16087001		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16087001	
4 - Data de Autorização 17/04/2024		9 - Data de Validade da Senha		10 - Nome FABIO LUIS MOCELLIM FILHO		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2375825		9 - Validade da Carteira 01/01/2025		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		16 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELA PENNA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 24956		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 17/04/2024		23 - Indicação Clínica preendeu o 3ºqde em porta na escola dia 19/03 hj com 13 dias de evolucao rx inicial sem fratura de FD maior			
24 - Tabela 04		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		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 / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 01/04/2024 11:20 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HOSPÍTIO NORMAL OU PREE		42 - Qcde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Aor 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00					
Identificação do(s) Profissional(is) Específico(s) 48 - Sq. 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		5 - / /		7 - / /		9 - / /	
58 - Observação / Justificativa		6 - / /		8 - / /		10 - / /	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 22.92		62 - Total de CPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 7.13		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 95.05			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			



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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 16087001	
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
5 - Código CNES 3005585			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
2 - 03	01/04/2024	11:20:00	a	11:20:00	19 70001871	1	036	1.00	19.57	19.57
20 - Descrição:	TRANSOFIX - SISTEMA DE TRANSFERENCIA PARA FLUIDOSESTEREIS - Embalagem primaria Blister plastico e p									
3 - 03	01/04/2024	11:20:00		11:20:00	19 70176035	3	036	1.00	0.29	0.87
20 - Descrição:	COMPRESSA 7.5CMX7.5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013									
4 - 03	01/04/2024	11:20:00		11:20:00	19 70361010	1	036	1.00	2.48	2.48
20 - Descrição:	LAMINA DE BISTURI EM ACO CARBONO PARA CIRURGIA GERAL AESCULAP - BB511									
5 - 02	01/04/2024	11:20:00		11:20:00	20 90123115	1	013	1.00	7.13	7.13
20 - Descrição:	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO B BRAUN 9 MG/ML SIS FECH 100 ML									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	7.13	23 - Total de Materiais (R\$)	22.92	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Auspícios (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	30.05
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	-------	--------------------------	------	---------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	-------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Fabio Luis Mocellim Filho

Nº da Carteira: 2.37.5825

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 21/02/2013

Nº da Guia: 16087.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/04/2024	08:46:50	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu

Fechou a porta no dedo.

Partes do corpo

3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

o colega fechou a porta no dedo do aluno.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Tirar os pontos.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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.ush.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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
01/04/2024 11:24:08

Atendimento: 1415948 Data do Atendimento: 01/04/2024
Prontuário: 1012999 Nome: FABIO LUIS MOCELLIM FILHO
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 21/02/2013
RG: 142589672 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996819569
Rua: JOAO SEBASTIAO BUNIK Numero 33 CEP: 82600180
Bairro: TINGUI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375825
Médico: MARCELA PENNA CRM: 24956
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

PRESCRIÇÃO.: 1608403 DATA: 01/04/2024 11:36
USUÁRIO....: MARCELA.PENNA
ATENDIMENTO: 1415948 DT NASC: 21/02/2013 (11A 1M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012999 - FABIO LUIS MOCELLIM FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/04/2024 11:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCELA PENNA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1415948**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. CURATIVO SIMPLES P MEMBRO SUPERIOR	1					[01/04] 11:36
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO	✓			
-> COMPRESSA DE GAZE 7.5CM X 7.5CM C/5 UND ESTERIL	2	UNIDADE	✓			
-> ADAPTADOR PARA TRANSFERENCIA DE SORO UND	1	UNIDADE	✓			
2 C.C. RETIRADA DE PONTOS	1					[01/04] 11:36
-> COMPRESSA DE GAZE 7.5CM X 7.5CM C/5 UND ESTERIL	1	UNIDADE	✓			
-> LAMINA DE BISTURI N 11 UND	1	UNIDADE	✓			

Dr^a Marcela PennaClínica da Mãe e Microcirurgia
CRM-PR 24956 TEOT 12534MARCELA PENNA
CRM: 24956

Período de 01/04/2024 a 01/04/2024

Atendimento: 1415948 FABIO LUIS MOCELLIM FILHO

Nascimento: 21/02/2013

Mãe: MICHELE SANTILI MOCELLIM

Internação: 01/04/2024 CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: MARCELA PENNA

Evolução/Anotação: 00676652

Data: 01/04/2024

Hora: 12:19

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO PÓS OPERATÓRIO . APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA
REALIZADO CURATIVO + RETIRADA DE PONTOS COM LAMINA DE BISTURI N11 CONFORME PRESCRIÇÃO, FERIDA
OPERATÓRIA PEQUENA LIMPA E SECA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

MATERIAL UTILIZADO:

30CM DE MICROPORE

03 PCTE DE GAZE

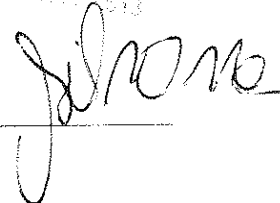
01 SF 100ML

01 ADAPTADOR PARA TRANSFERENCIA DE SORO UND

01 PAR DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

01 LAMINA DE BISTURI N11

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



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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1415948 Prontuário: 1012999 SAME: Hora Atend: 11:20 Data Atend: 01/04/2024
Paciente..... : FABIO LUIS MOCELLIM FILHO Idade: 11 a
Endereço..... : JOAO SEBASTIAO BUNIK
Bairro..... : TINGUI
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82600180
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/04/2024 Hora Saída : 11:53

Prestador da Evolução Médica: 885 - MARCELA PENNA

HDA

preendeu o 3ºqde em porta na escola dia 19\03
hj com 13 dias de evolução
rx inicial sem fratura de FD>

EXAME FISICO

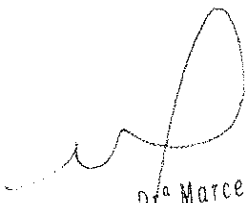
ctvo - bom aspecto
sem sofrimento de polpa digital
boa mob
sem dor
sem sinais flogísticos

DIAGNOSTICO - HISTORICO

lesão de ponta de dedo

TRATAMENTO

retiro os pontos
libero para banho


Drª Marcela Penna
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
CRM-PR 24956 TEOT 12502

MARCELA PENNA / 24956
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA