

Atendimento: 1487674 - ISABELLI NARDELLI Lote: 1866238 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELLI NARDELLI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: 21559001 Validade.:26/11/2024
Senha.....: 21559001 Autoriz.:26/11/2024
Carteira.: 2374625 Validade.: 12/12/2024 Titular.: ISABELLI NARDELLI
: RUA REVERENDO LAURO DE CASTRO

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	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
Total da Conta:						35,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/11/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58
Total Geral:					35,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **5454824**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2374625	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ISABELLI NARDELLI	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 RODRIGO TISSI RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17771	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/11/2024	23 - Indicação Clínica 5 1/2 semanas pos fratura do punho D, em tratamento conservador. Esta bem, sem dor.		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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 2	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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 07/11/2024	14:27	14:27	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.58	35.58

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(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**

1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 35.58	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 35.58
---	---	--	---	---	---	--

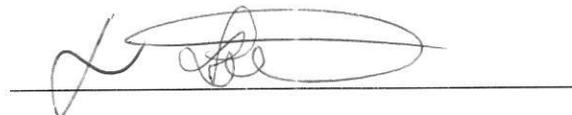
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

AMBULATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
07/11/2024 14:21:55

Atendimento: 1487674 Data do Atendimento: 07/11/2024
Prontuário: 1026829 Nome: ISABELLI NARDELLI
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 31/10/2007
RG: 131969325 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998150524

Rua: RUA REVERENDO LAURO DE CASTRO Numero 3 CEP: 82970290
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2374625
Médico: RODRIGO TISSI RIBEIRO CRM: 17771
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

Retorno - 27/11/20

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabelli Nardelli
Nº da Carteira: 2.37.4625
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 31/10/2007 **Nº da Guia:** 21559.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2024	10:58:19	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita

Descrição

A aluna estava na aula de educação física jogando vôlei e a bola veio forte a ponto da aluna cair para traz e colocar as mãos e torceu o pulso.

Testemunha da ocorrência

Professora Pamela

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Ingo

Data

30/09/2024

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 aluna está retornando para avaliação médica.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar
CAC
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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **21559001**

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 2374625	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ISABELLI NARDELLI	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 RODRIGO TISSI RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17771	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 07/11/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101012	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Téc	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref	49 - Gr Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série **57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável**

1-	3-	5-	7-	9-
2-	4-	6-	8-	10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Handwritten signature and stamp:
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
RODRIGO TISSI RIBEIRO
06/11/2024

PRESCRIÇÃO.: 1686034 DATA: 07/11/2024 14:26
USUÁRIO....: RODRIGO.RIBEIRO
ATENDIMENTO: 1487674 DT NASC: 31/10/2007 (17A 0M 8D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1026829 - ISABELLI NARDELLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/11/2024 14:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RODRIGO TISSI RIBEIRO SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1487674

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DREITO) 40803112	1						

RODRIGO TISSI RIBEIRO
CRM: 17771

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1487674 **Prontuário:** 1026829 **SAME:** **Hora Atend:** 14:17 **Data Atend:**07/11/2024
Paciente..... : ISABELLI NARDELLI **Idade:** 17 a
Endereço..... : RUA REVERENDO LAURO DE CASTRO
Bairro..... : CAJURU **UF..:** PR **CEP:** 82970290
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída** : 14:28
Data Saída..... : 07/11/2024
Prestador da Evolução Médica: 346 **RODRIGO TISSI RIBEIRO**

HDA

5 1/2 semanas pós fratura do punho D, em tratamento conservador. Está bem, sem dor.

EXAME FISICO

RX : ok, fratura consolidada.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do punho.

TRATAMENTO

Alta. Oriente exercícios em casa.

*Dr. Rodrigo Tissi Ribeiro
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM 17771*

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1487674
Pedido.....:
Paciente.....: ISABELLI NARDELLI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: RODRIGO TISSI RIBEIRO
Data do Exame.: 07/11/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura do rádio distal em processo de consolidação óssea.

Fratura do processo estilóide da ulna.

10 de Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639