

Atendimento: 1449959 - JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO Lote: 1807645 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.: 18367003 Validade.:10/07/2024
Senha.: 18367003 Autoriz.:10/07/2024
Carteira.: 2336976 Validade.: 12/12/2024 Titular.: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO
: RUA UNIAO DA VITORIA

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
10/07/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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 18367003

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal -		
4 - Data de Autorização 10/07/2024	5 - Senha 18367003	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18367003
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2336976	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38417	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 10/07/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE 06/06 JOGANDO FTSAL FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR QMN COM FX DA FP DO 4o QD TTO COM REDUCAC	
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 10/07/2024 13:57 13:57 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 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	



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

2 - Nº Guia no Prestador **18367003**

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 2336976	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO	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 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38417	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 10/07/2024	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101012	27 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	28 - Qt. Solic. 0	29 - Qt. Autoriz.

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	64 - 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 Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Jhonatan Henrique de Sousa Pedro

Nº da Carteira: 2.33.6976

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 02/08/2010

Nº da Guia: 18367.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/06/2024	13:38:11	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava jogando futsal e acabou se chocando com outro aluno e bateu a mão direita e delocou o quarto dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliane	06/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
A pedido médico o aluno terá que voltar para novas avaliações médicas no dia 10/07/2024

Ass.:

Daniele Novaes Torino

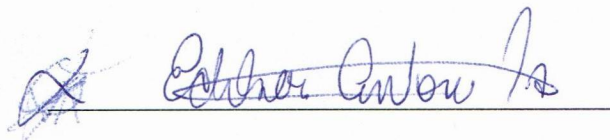
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
10/07/2024 13:56:31

Atendimento: 1449959 Data do Atendimento: 10/07/2024
Prontuário: 1019454 Nome: JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 02/08/2010
RG: CPF: 09464451920 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999746332
Rua: RUA UNIAO DA VITORIA Numero 567 CEP: 83030570
Bairro: SILVEIRA DA MOTTA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336976
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION CRM: 38417
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.: 1644695 DATA: 10/07/2024 13:57
USUÁRIO.....: HELOISA.ZIMMERMANN
ATENDIMENTO.: 1449959 DT NASC: 02/08/2010 (13A 11M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1019454 - JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/07/2024 13:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1449959

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION
CRM: 38417

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1449959 **Prontuário:** 1019454 **SAME:**
Paciente..... : JHONATAN HENRIQUE DE SOUS PEDRO
Endereço..... : RUA UNIAO DA VITORIA
Bairro..... : SILVEIRA DA MOTTA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/07/2024

Hora Atend: 13:51 **Data Atend:** 10/07/2024
Idade: 13 a

UF..: PR **CEP:** 83030570
Plano...: UNICO

Hora Saída : 14:19

Prestador da Evolução Médica: 1781 **HELOISA ZIMMERMANN FAGGION**

HDA

PACIENTE

06/06 JOGANDO FTSAL FEZ TRAUMA EM 4 QRD A DIR
QMN COM FX DA FP DO 4o QD
TTO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA IP
5 SEM EVOLUÇÃO

RETIRO IMOBILIZAÇÃO PARA EXAME
SEM DOR NA PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO
ADM COMPLETA INDOLOR
SEM DESVIO ROTACIONAL OU ANGULAR

RX CONSOLIDADO

COMO BAIXO POTENCIAL DE CRESCIMENTO, SEM MAIORES RISCOS DE BARRA FISARIA E
DEFORMIDADE ANGULAR
ORIENTO CUIDADOS
ALTA

EXAME FISICO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRATAMENTO

Dra. Heloisa Faggion
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38417 / RQE 2826

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA