

Atendimento: 1262929 - JOSE FERNANDO RAMOS SOARES Lote: 1514470 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOSE FERNANDO RAMOS SOARES
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: 9070 Validade.:05/12/2022
Senha.....: 9070 Autoriz.:05/12/2022
Carteira...: 2377274 Validade.: 12/12/2022 Titular...: JOSE FERNANDO RAMOS SOARES
: RUA MACEIO

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
Total da Conta:						30,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/11/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64
Total Geral:					30,64

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autuação
05/12/2022

5 - Semha

9070

6 - Data de Validade da Semha

9070

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2377274

9 - Validade da Carteira

12/12/2022

10 - Nome
JOSE FERNANDO RAMOS SOARES

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 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

05/12/2022

23 - Indicação Clínica

5 semanas pos tratamento conservador de fratura da F1 do 5º dedo D. Esta bem, sem dor.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

05/12/2022

26 - Descrição

5 semanas pos tratamento conservador de fratura da F1 do 5º dedo D. Esta bem, sem dor.

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 Exceção / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 17/11/2022 15:02 22 40803120

RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 30.64 30.64

Identificação (do(a) Profissional(a) 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 -
2 -

3 -
4 -

5 -
6 -

7 -
8 -

9 -
10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

30.64

60 - Total de Taxas e Alugue (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\$)

30.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Fernando Ramos Soares

Nº da Carteirinha: 2.37.7274

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 22/07/2016

Nº da Guia: 9070

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/11/2022	13:19:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
Tania

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tania	(41) 3226-3636
Tania	(41) 3226-3636

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tania	17/11/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Retorno no Hospital da xv

Tânia Oliveira
Coord. Disciplinar

Ass.:

Tânia Mara Luz De Oliveira

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1262929

Pedido.....:

Paciente.....: JOSE FERNANDO RAMOS SOARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO TISSI RIBEIRO

Data do Exame.: 17/11/2022

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da base da falange proximal do 5º dedo.

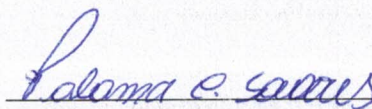
21 de Novembro de 2022

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE
17/11/2022 14:50:32

Atendimento: 1262929 Data do Atendimento: 17/11/2022
Prontuário: 985453 Nome: JOSE FERNANDO RAMOS SOARES
Sexo: MASCULINO Idade: 6 Data de Nascimento: 22/07/2016
RG: CPF: 51594567832 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA MACEIO Numero 1395 CEP: 80010010
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377274
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

PRESCRIÇÃO.: 1430667 DATA: 17/11/2022 15:02
USUÁRIO....: RODRIGO.RIBEIRO
ATENDIMENTO: 1262929 DT NASC: 22/07/2016 (6A 3M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 985453 - JOSE FERNANDO RAMOS SOARES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/11/2022 14:45 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: RODRIGO TISSI RIBEIRO SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1262929*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						

RODRIGO TISSI RIBEIRO
CRM: 17771



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1262929 **Prontuário:** 985453 **SAME:** **Hora Atend:** 14:48 **Data Atend:** 17/11/2022
Paciente..... : JOSE FERNANDO RAMOS SOARES **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA MACEIO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80010-010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/11/2022 **Hora Saída :** 15:03

Prestador da Evolução Médica: 346 **RODRIGO TISSI RIBEIRO**

HDA

5 semanas pós tratamento conservador de fratura da F1 de 5º dedo D. Está bem, sem dor.

EXAME FISICO

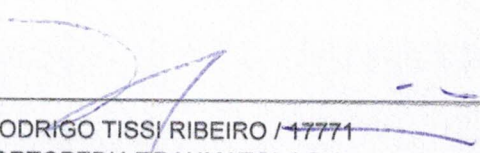
RX : ok, fratura consolidada.
Sem restrição de ADM articular, com DPP = zero.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do 5º dedo.

TRATAMENTO

Alta. Orien to cuidados.


RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA