

Atendimento: 1255205 - JOSE FERNANDO RAMOS SOARES Lote: 1502389 - 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.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
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
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00

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

2 - Nº Guia no Prestador 4233095

Folha: 1 / 1



1 - Registro AIS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

8 - Número da Carteira
2377274

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOSE FERNANDO RAMOS SOARES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
1

22 - Data da Solicitação
20/10/2022

23 - Indicação Clínica
10 dias pos reducao de fratura da base da F1 do 5º dedo D. Esta bem, sem dor.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - Q1.Solic. 28 - Q1.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 20/10/2022 17:29 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Sg. 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Profissional pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Fernando Ramos Soares

Nº da Carteira: 2.37.7274

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 22/07/2016

Nº da Guia: 8434



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	17:04:00	Ginásio	Atividade recreativa, brinquedo inflável.

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava pulando no brinquedo inflável, quando ao pular caiu e machucou o dedo. Foi colocado gelo e os responsáveis foram informados.

Testemunha da ocorrência

Joyce

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe
(SOMENTE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Os pais foram informados do seguro e o aluno encaminhado para ser avaliado, pois o dedo inchou e ficou roxo

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

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: <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

Impresso por: Alexandro Antônio Procópio Gaspar

1 de 1

20/10/2022 17:19

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
20/10/2022 17:33:59

Atendimento: 1255205 Data do Atendimento: 20/10/2022
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1255205 **Prontuário:** 985453 **SAME:**
Paciente..... : JOSE FERNANDO RAMOS SOARES **Hora Atend:** 17:29 **Data Atend:** 20/10/2022
Endereço..... : RUA MACEIO **Idade:** 6 a
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF.:** PR **CEP:** 80010010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/10/2022
Prestador da Evolução Médica: 346 **RODRIGO TISSI RIBEIRO** **Hora Saída :** 17:55

HDA

10 dias pós redução de fratura da base da F1 do 5º dedo D. Está bem, sem dor.

EXAME FISICO

Tala gessada em boas condições.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do 5º dedo D.

TRATAMENTO

Manter com tala mais 10 dias. Retorno em 17/11 para RX controle.

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA