

Atendimento: 1476712 - JULIA DA CRUZ SANTOS Lote: 1849278 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIA DA CRUZ SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 20770001 Validade.:18/10/2024
Senha.....: 20770001 Autoriz.:18/10/2024
Carteira.: 2791964 Validade.: 01/01/2026 Titular.: JULIA DA CRUZ SANTOS
: RUA LEONIDAS SECHI

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						162,88

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
Total :					47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/10/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/10/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 162,88

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
03/10/2024 14:13:38

Atendimento: 1476712 Data do Atendimento: 03/10/2024
Prontuário: 1025451 Nome: JULIA DA CRUZ SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 02/09/2013
RG: CPF: 80179131923 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA LEONIDAS SECHI Numero 339 CEP: 83050330
Bairro: PARQUE DA FONTE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791964
Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER CRM: 17202
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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Júlia da Cruz Santos
Nº da Carteira: 2.79.1964
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 02/09/2013

Nº da Guia: 20770.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/10/2024	14:28:50	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante aula de educação física a bola torceu o dedo para traz ocasionando uma luxação no dedo polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Sinclair

Data

09/09/2024

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

consulta de retorno solicitado pelo médico relativo a lesão ocorrida em 09/09/2024.

Ass:

Sinclair Demian Klabunde

Dr. Luiz Roberto Rucker
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17202

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

PRESCRIÇÃO.: 1674412 DATA: 03/10/2024 14:49
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1476712 DT NASC: 02/09/2013 (11A 1M 1D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1025451 - JULIA DA CRUZ SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2024 14:09 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S625 FRATURA DO POLEGAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1476712

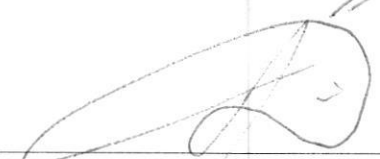
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 1 QD E AP + P sem gesso	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO- 60022256 -> SERRA PARA GESSO 60022256	1					[03/10] 14:49
		1	UNIDADE				



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

Período de 03/10/2024 a 03/10/2024

Atendimento: 1476712 JULIA DA CRUZ SANTOS

Nascimento: 02/09/2013

Mãe: CELIA REGINA DA CRUZ SANTOS

Internação: 03/10/2024 CID: S625 FRATURA DO POLEGAR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Evolução/Anotação: 00704961

Data: 03/10/2024

Hora: 15:13

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA
REALIZADO RETIRADA DE GESSO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES
MÉDICAS.

Silvana Apª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960.613

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476712 Prontuário: 1025451 SAME: Hora Atend: 14:09 Data Atend: 03/10/2024
Paciente..... : JULIA DA CRUZ SANTOS Idade: 11 a
Endereço..... : RUA LEONIDAS SECHI
Bairro..... : PARQUE DA FONTE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83050330
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 03/10/2024 Hora Saída : 15:39

Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

Em 09-09-24 fratura do polegar E (descolamento epifisário grau II da FP do polegar E).
24 dias. Sem dor.

EXAME FISICO

I: tala OK; boa perfusão distal
Retiro a tala:
I: aumento de vol +/- no polegar E
P: pouca dor
M: diminuída e pouca dor
Ex neurovascular preservado

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do polegar E
RX: mantendo o mesmo padrão anterior

TRATAMENTO

Retiro tala; ganho de ADM; evitar trauma local mais 20 dias
Acompanhar em 2-3 meses no amb da mão, orientação



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1476712

Pedido.....: 834688

Paciente.....: JULIA DA CRUZ SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 03/10/2024

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange proximal.

03 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639