

Atendimento: 1348908 - JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO Lote: 1649226 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
Guia.....: 12999001 Validade.:03/10/2023
Senha.....: 12999001 Autoriz.:03/10/2023
Carteira.: 367832 Validade.: 31/12/2023 Titular...: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
 : JOSE MILLECK

Plano.....: UNICO

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
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/08/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 12999001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/10/2023		5 - Senha 12999001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12999001	
8 - Número da Carteira 367832		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO		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 JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 036997		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 03/10/2023	
23 - Indicação Clínica EM TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM TORUS FALANGE PROXIMAL DO 5 ° QD DIR.		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
Dados do Contrato 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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 29/08/2023 14:11 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE 2 29/08/2023 14:23 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Yec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65,00 65,00 001 30,64 30,64	
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\$) 95,64		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\$) 95,64		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Julio Cesar Cavalheiro Feijo
Nº da Carteirinha: 3.6.7832
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 27/10/2011

Nº da Guia: 12999.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/08/2023	11:40:18	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno estava em Ed. Física no ginásio junto aos outros alunos, e acompanhado pelo professor Ricardo, jogando queimada. Ao receber a bola, acabou acertando o quinto dedo da mão direita, minguinho.

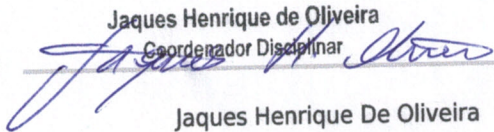
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janaina	24/08/2023

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

Solicitação de retorno para atendimento com Dr. João Elias, no dia 29/08 às 14:00, no local acima indicado.

Ass.: 
Jaques Henrique 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

Atendimento.....: 1348908

Pedido.....: 757532

Paciente.....: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Data do Exame.: 29/08/2023

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da base da falange proximal.

Demais estruturas habituais dos elementos ósseos visualizados.

19 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento: 1348908 Data do Atendimento: 29/08/2023
Prontuário: 1002341 Nome: JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJÓ
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 27/10/2011
RG: CPF: 12082955940 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOSE MILLECK Número 18 CEP: 82560400
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matrícula: 367832
Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA CRM: 036997
Responsável: Parantescos:

- 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 pertencas, 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 de 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 ao HXV é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matrícula: 367832
Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA CRM: 036997
Responsável: Parantescos

Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1348908 **Prontuário:** 1002341 **SAME:** **Hora Atend:** 14:11 **Data Atend:**29/08/2023
Paciente..... : JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO **Idade:** 11 a
Endereço..... : JOSE MILLECK
Bairro..... : BOA VISTA **UF..:** PR **CEP:** 82560450
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/08/2023 **Hora Saída :** 18:56
Prestador da Evolução Médica: 1759 **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

HDA

EM TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM TORUS FALANGE PROXIMAL DO 5 ° QD DIR.

EXAME FISICO

SEM QUEIXAS DE DOR
MOBILIZAÇÃO SEM ALTERAÇÕES

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX -FX CONSOLIDADA

TRATAMENTO

ORIENTO CUIDADOS E RETORNO GRADUAL ÀS ATIVIDADES.
ORIENTO SINAIS DE ALARME PARA RETORNO IMEDIATO S/N.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1530129 DATA: 29/08/2023 14:22
USUÁRIO.....: JOAO.BRAGA
ATENDIMENTO: 1348908 DT NASC: 27/10/2011 (11A 10M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002341 - JULIO CESAR CAVALHEIRO FEIJO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/08/2023 14:11 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1348908

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Obs.: RX 5° QD DIR AP + P

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA
CRM: 036997