

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Atendimento: 1339404 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO Lote: 1634319 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| Paciente.: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO<br>Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA<br>Sub Plano.:<br>Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478<br>Guia.....: 11533004    Validade.:17/08/2023<br>Senha.....: 11533004    Autoriz.:17/08/2023<br>Carteira.: 366227 Validade.: 31/12/2023    Titular...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO<br>: LEANDRO ALBERT | 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 |
| 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 |
| 31/07/2023         | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO<br>PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970 | 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 11533004

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                        | 3 - Número da Guia Principal                                                                       |
| 4 - Data de Autorização<br>17/08/2023                                                                                                                             | 5 - Sessão<br>11533004                                                                             |
| 6 - Data de Validade da Sessão<br>11533004                                                                                                                        | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>11533004                                            |
| 8 - Número do Beneficiário<br>366227                                                                                                                              | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                                             |
| 10 - Nome<br>KLISSIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO                                                                                                                    | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                       |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                              |                                                                                                    |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                        | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                        |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PATRICK WILLIAN PADOANI                                                                                                  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                   |
| 17 - Número no Conselho<br>39478                                                                                                                                  | 18 - UF<br>41                                                                                      |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                         | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                        |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                         |                                                                                                    |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                                                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>17/08/2023                                                             |
| 23 - Indicação Clínica<br>VIROU PE DIREITO NOVAMENTE HA 3 DIAS.                                                                                                   | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição<br>27 - QI Solic.<br>28 - QI Autoriz. |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                    |                                                                                                    |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                        | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                        |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                              |                                                                                                    |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                       | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                   |
| 34 - Tipo de Consulta<br>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<br>1 31/07/2023 13:38 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE | 42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total<br>65.00 65.00             |
| 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\$)<br>65.00                                                                                                                        | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                       |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                             | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                   |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                          | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                       |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>65.00                                                                                                                                   |                                                                                                    |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                   | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                     |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                     |                                                                                                    |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Klisciane Rayssa dos Santos Carmo  
**Nº da Carteirinha:** 3.6.6227  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 12/07/2008

**Nº da Guia:** 11533.004

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 31/07/2023      | 09:56:01 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito |

| Descrição                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Torceu o tornozelo na aula de educação física. Inchado e dolorido. Encaminhada ao setor ambulatorial. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Ricardo        | (41) 3028-5440 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Larissa e Janaína      | 26/05/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Motivo do Retorno                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Liberação da guia de retorno para consulta com o doutor Patrick Paduani, para reavaliação da necessidade de mais sessões de fisioterapia. |

Ass.:   
Jaques Henrique De Oliveira

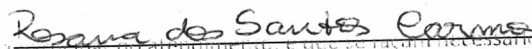
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br)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

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA  
31/07/2023 13:40:12

Atendimento: 1339404      Data do Atendimento: 31/07/2023  
Prontuário: 987636      Nome: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO  
Sexo: FEMININO      Idade: 15      Data de Nascimento: 12/07/2008  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 36210803  
Rua: LEANDRO ALBERT      Numero 401      CEP: 80420020  
Bairro: BATEL      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366227  
Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI      CRM: 39478  
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.



a equipe medica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente

Paciente e/ou Responsável

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1339404    **Prontuário:** 987636    **SAME:**    **Hora Atend:** 13:38    **Data Atend:** 31/07/2023  
**Paciente.....** : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO    **Idade:** 15 a  
**Endereço.....** : LEANDRO ALBERT  
**Bairro.....** : BATEL  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF...:** PR    **CEP:** 80420020  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 31/07/2023    **Hora Saída :** 15:03  
**Prestador da Evolução Médica:** 1164    **PATRICK WILLIAN PADOANI**

**HDA**

VIROU PE DIREITO NOVAMENTE HÁ 3 DIAS.

**EXAME FISICO**

BEG, DEAMBULA CLAUDICANDO  
EDEMA + DOR PALPAÇÃO PERIMALEOLAR LATERAL TNZ  
APIORA DA DOR A SUPINAÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA  
ADM E NV PRESERVADOS  
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE TORNOZELO

**TRATAMENTO**

FST + ORIENTAÇÕES  
RETORNO APOS

Dr Patrick Padoani  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 39478 / RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA