

Atendimento: 1352589 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO Lote: 1655035 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 11533006 Validade.:03/10/2023
Senha.....: 11533006 Autoriz...:03/10/2023
Carteira...: 366227 Validade.: 31/12/2023 Titular...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
: LEANDRO ALBERT

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/09/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO 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 11533006

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semte	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11533006
----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---

4 - Data de Autorização 03/10/2023	5 - Semte 11533006	10 - Nome KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------------	-----------------------	--	---	----------------------------

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 366227	9 - Validade da Carteira 31/12/2023
---	--

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39478	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 03/10/2023	23 - Indicação Clínica FEZ 20 SESSOES DE FST. MELHORA PROGRESSIVA.	27 - Ql. Solc. 28 - Ql. Autonz.
--	----------------------------------	--	---	------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
--	----------------

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 ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---	---	----------------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 11/09/2023 15:53 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001	42 - Qlde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 65.00	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total
--	-------------------	-----------------	--------------------	---------------------------	------------------------------	------------------

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	58 - Observação / Justificativa
--	---------------------------------

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 -
---	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	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 Carteira: 3.6.6227
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 11533.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/09/2023	12:16:39	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 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Liberação de retorno para consulta no dia de hoje 11 de setembro às 16 horas.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

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: 1352589 Data do Atendimento: 11/09/2023
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.

Rozana dos Santos do Carmo

Paciente e/ou Responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1352589 **Prontuário:** 987636 **SAME:**
Paciente..... : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
Endereço..... : LEANDRO ALBERT
Bairro..... : BATEL
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/09/2023

Hora Atend: 15:53 **Data Atend:** 11/09/2023
Idade: 15 a

UF..: PR **CEP:** 80420020
Plano...: UNICO

Hora Saída : 16:24

Prestador da Evolução Médica: 1164 **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA

FEZ 20 SESSOES DE FST. MELHORA PROGRESSIVA.

EXAME FISICO

BEG
DOR PALPAÇÃO LOCAL COM PIORA A MOBILIZAÇÃO
ADM E NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TENOSSINOVITE

TRATAMENTO

FST + ORIENTAÇÕES
RETORNO SN

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA