

Atendimento: 1499283 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL Lote: 1884099 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
Guia.....: 23719003 Validade.:09/01/2025
Senha.....: 23719003 Autoriz.:09/01/2025
Carteira.: 2792112 Validade.: 12/12/2025 Titular....: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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
16/12/2024	40803112 PUNHO 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
16/12/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEXANDRE ANTONIO DE CAMA - 16614 89305280900	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 162,88



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

2 - Nº Guia no Prestador **23719003**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 09/01/2025		5 - Senha 23719003	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23719003	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792112		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL		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 ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 16614		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 09/01/2025	
23 - Indicação Clínica sofreu trauma no punho esquerdo ha duas semanas com dor e tratamento com aparelho gessado			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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 (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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 16/12/2024 10:54 10:54 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 16/12/2024 11:03 11:03 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 35.58 35.58			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional Prof 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\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30	
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\$) 162.88			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

[illegible]

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1499283
Pedido.....: 848652
Paciente.....: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO
Data do Exame.: 16/12/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo devido fratura do rádio distal.

28 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
16/12/2024 10:58:31

Atendimento: 1499283 Data do Atendimento: 16/12/2024
Prontuário: 1030874 Nome: LUCAS OLIVEIRA MACIEL
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 11/01/2012
RG: CPF: 16125445925 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999078626

Rua: RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 3202 CEP: 83065470
Bairro: INA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792112
Médico: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO CRM: 16614
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.

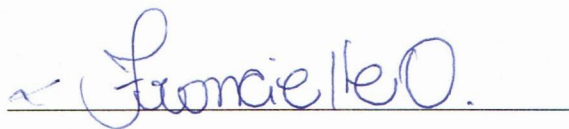
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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: Lucas Oliveira Maciel
Nº da Carteirinha: 2.79.2112
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 11/01/2012

Nº da Guia: 23719.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/12/2024	08:35:48	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição

Durante brincadeira dos alunos me sala de aula acabou caindo no chão lesionando o braço esquerdo, torção no ombro, pulso e antebraço,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

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

Análise de recuperação da lesão ocorrida.

Ass.: _____

Sinclair Demian Klabunde

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:

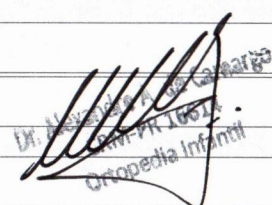
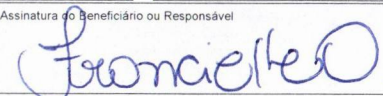
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **5487958**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2792112		9 - Validade da Carteira 12/12/2025		10 - Nome LUCAS OLIVEIRA MACIEL		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 ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 16614		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 16/12/2024		23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.							
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 (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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total													
1 16/12/2024 10:54 10:54 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00													
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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /													
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 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\$) 80.00													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 				68 - Assinatura do Contratado					

PRESCRIÇÃO.: 1698999 DATA: 16/12/2024 11:03
USUÁRIO....: ALEXANDRE.CAMARGO
ATENDIMENTO: 1499283 DT NASC: 11/01/2012 (12A 11M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030874 - LUCAS OLIVEIRA MACIEL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/12/2024 10:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1499283**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. RETIRADA DE GESSO- 60022256 -> SERRA PARA GESSO 60022264	1 1 UNIDADE					[16/12] . 11:03

Dr. Alexandre A. de Camargo
CRM-PR 16614
Otorrinolaringologista Infantil

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO
CRM: 16614

Período de 16/12/2024 a 16/12/2024

Atendimento: 1499283 LUCAS OLIVEIRA MACIEL

Nascimento: 11/01/2012

Mãe: FRANCIELLE OLIVEIA DE ANDRADE

Internação: 16/12/2024 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO

Evolução/Anotação: 00715355

Data: 16/12/2024

Hora: 11:29

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

2142 MARLENE APARECIDA DA CRUZ BANDEIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1687954

Marlene A. C. Bandeira
Coren 001687954
Téc. Enfermagem

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1499283 **Prontuário:** 1030874 **SAME:** **Hora Atend:** 10:54 **Data Atend:** 16/12/2024
Paciente..... : LUCAS OLIVEIRA MACIEL **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : INA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/12/2024 **Hora Saída :** 11:57
Prestador da Evolução Médica: 1834 **ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO**

HDA

sofreu trauma no punho esquerdo há duas semanas com dor e tratamento com aparelho gessado

EXAME FISICO

aparelho gessado em boas condições

TRATAMENTO

radiografia de controle - consolidação parcial
orientações sobre refratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura do punho esquerdo

Dr. Alexandre A. de Camargo
CRM PR 16614
Ortopedia Infantil

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA