

Atendimento: 1424159 - MAIRUS VELLOSO GOMES Lote: 1767574 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MAIRUS VELLOSO GOMES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
Guia.....: 16629001 Validade.:23/04/2024
Senha.....: 16629001 Autoriz.:23/04/2024
Carteira.: 278280 Validade.: 01/01/2025 Titular....: MAIRUS VELLOSO GOMES
: HAYTON DA SILVA PEREIRA

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						138,64

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/04/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/04/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 138,64



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

2 - Nº Guia no Prestador **16629001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 23/04/2024	5 - Senha 16629001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16629001								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 278280	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome MAIRUS VELLOSO GOMES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 23/04/2024	23 - Indicação Clínica 15 dias de fratura SH2 sem desvio do polegar dir.									
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 23/04/2024	13:37	13:37	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00
2 23/04/2024	13:58	13:58	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -				
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	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\$) 138.64					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado							

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 16629001
-----------------------------------	--

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	5 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------------

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								19-Nº Autorização de Funcionamento	
3 - 07	23/04/2024	13:55:00	a 13:55:00	18	60023236	1	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição: TAXA POR USO/SSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	23 - Total de Materiais (R\$) 0.00	24 - Total de OPME (R\$) 0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	26 - Total de Diárias (R\$) 0.00	27 - Total Geral (R\$) 43.00
---	---	--	---	--	--	--

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Mairus Velloso Gomes
Nº da Carteirinha: 2.78.280
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 03/04/2013

Nº da Guia: 16629.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/04/2024	16:52:45	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

O estava em aula de educação física quando caiu e foi apoiar a mão torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Matheus	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Matheus	08/04/2024

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

Retorno para avaliação e acompanhamento referente a fratura no dedo polegar direito.

Ass.:

Seriram Velloso

PI

Fabio Bittencourt Machado

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 **1424159**

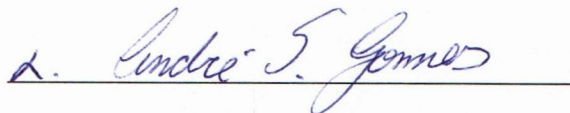
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278280		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome MAIRUS VELLOSO GOMES		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 Dr. Joao Elias Ferreira MÉDICO / CRM-PR 36997	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 23/04/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	
26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)		27 - Qt. Solic. 1	
		28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hr. Inicial	
38 - Hr. Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtde.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AMBULATÓRIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
23/04/2024 13:38:50

Atendimento: 1424159 Data do Atendimento: 23/04/2024
Prontuário: 1015193 Nome: MAIRUS VELLOSO GOMES
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 03/04/2013
RG: 166073049 CPF: 80161339913 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: HAYTON DA SILVA PEREIRA Numero 690 CEP: 82810170
Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278280
Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA CRM: 036997
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1424159 **Prontuário:** 1015193 **SAME:** **Hora Atend:** 13:37 **Data Atend:** 23/04/2024
Paciente..... : MAIRUS VELLOSO GOMES **Idade:** 11 a
Endereço..... : HAYTON DA SILVA PEREIRA
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82810170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/04/2024 **Hora Saída :** 14:35

Prestador da Evolução Médica: 1759 **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

HDA

15 dias de fratura SH2 sem desvio do polegar dir.

EXAME FISICO

Sem queixas algicas à mobilização do polegar

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura em consolidação

TRATAMENTO

imobilização por tala de velcro
oriento cuidados com refratura
retorno imediato se sinais de alarme

Dr. João Elias Ferreira Braga
Ortopedista Pediátrico
CRM-PR 36997 RQE 29076

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREScrição.: 1617387 DATA: 23/04/2024 13:55
USUÁRIO....: JOAO.BRAGA
ATENDIMENTO: 1424159 DT NASC: 03/04/2013 (11A OM 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015193 - MAIRUS VELLOSO GOMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/04/2024 13:37 0 DIAS(S) INT

1ª 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:

1424159

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: rx polegar direito ap + perfil (Sem o gesso).							

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[23/04] . 13:55
	-> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				

Dr. João Elias Ferreira Braga
Ortopedista Pediatra
CRM-PR 36997 RQE 29076
JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA
CRM: 036997

Período de 23/04/2024 a 23/04/2024

Atendimento: 1424159 MAIRUS VELLOSO GOMES

Nascimento: 03/04/2013

Mãe: SURIAM VELLOSO

Internação: 23/04/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

Evolução/Anotação: 00680543

Data: 23/04/2024

Hora: 14:33

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

2053 JOHN LUCAS BERMIRIO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1773342

John Lucas Bermirio
Téc. Enfermagem
COREN-PR 001.773.342