

Atendimento: 1403358 - MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO Lote: 1734913 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 15273002 Validade.:23/02/2024
Senha.....: 15273002 Autoriz.:23/02/2024
Carteira.: 15273 Validade.: 01/01/2025 Titular...: MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
: ANGELO MASSUCHETTO

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
23/02/2024	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15273002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
23/02/2024

5 - Senha

15273002

6 - Data de Validade da Senha

15273002

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
15273

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39478

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
23/02/2024

23 - Indicação Clínica
TORCEU JOELHO DIREITO NO FUTEBOL HA 1 SEMANA

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
3005685

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 23/02/2024 07:48 22 10101012 CONSULTA EX CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)

48-Sq. RoC. 49-Gr. Part 50-Cod 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 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 14:05:08

Conta/Lote: 1734913

Atendimento: 1403356

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1734913

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Marcos Henrique Pedrozo de Melo
Nº da Carteirinha: 3.6.7921
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/04/2006

Nº da Guia: 15273.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/02/2024	18:27:33	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
monitor auxiliou o aluno ate a enfermaria

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	16/02/2024

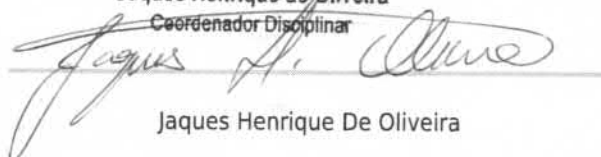
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
Consulta marcada para dia 23/02/2024 às 08:20 hs. No endereço mencionado neste documento.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1403358

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização
5 - Sentença
6 - Data Validade da Sentença
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
15273
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento: ☒ N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
76530518000107
14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PATRICK WILLIAN PADOANI
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
39478
18 - UF
41
19 - Código CBO
225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Patrick Padoani
CRM-PR 39478 - RQE 28453

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
1
22 - Data da Solicitação
23/02/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
1
22
ou Item Assistencial
10101012
26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)
27 - QI Solic.
1
28 - QI 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 - H. Inicial
38 - H. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Cipe
43 - Via
44 - Trc.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Prof.
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 OPMs (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado
Impresso por: JADICE OLIVEIRA
Data/Hora: 23/02/2024 07:51:38
Contato:
Atendimento: 1403358
Código: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
**

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE OLIVEIRA
23/02/2024 07:51:05

Atendimento: 1403358 Data do Atendimento: 23/02/2024
Prontuário: 1004156 Nome: MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 12/04/2006
RG: 157868543 CPF: 15957726931 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ANGELO MASSUCHETTO Numero 27 CEP: 82650010
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 15273
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.

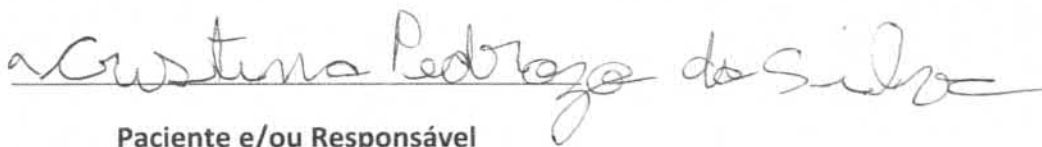
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.



Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1403358 **Prontuário:** 1004156 **SAME:**
Paciente..... : MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
Endereço..... : ANGELO MASSUCHETTO
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/02/2024

Hora Atend: 07:48 **Data Atend:** 23/02/2024
Idade: 17 a

UF...: PR **CEP:** 82650010
Plano...: UNICO

Hora Saída : 09:44

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

HDA

TORCEU JOELHO DIREITO NO FUTEBOL HÁ 1 SEMANA

EXAME FISICO

DERRAME ARTICULAR
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RNM: LESAO RETINACULO MEDIAL PATELA
LUXAÇÃO PATELA

TRATAMENTO

MANTE JOELHEIRA 3 SEMANAS
FST
RETORNO APOS

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

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA