

Atendimento: 1454076 - MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO Lote: 1814023 - 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.: 15273003 Validade.:25/07/2024
Senha.: 15273003 Autoriz.:25/07/2024
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	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/07/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **15273003**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/07/2024		5 - Senha 15273003	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15273003	
Dados do Beneficiário			
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 RN 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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/07/2024	
23 - Indicação Clínica FEZ FST - TEVE MELHORA PARCIAL			
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 25/07/2024 07:57 07:57 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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
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			

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: 15273.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
24/07/2024	14:31:34	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

Retorno autorizado. Agendado com Dr. Patrick para quinta-feira, 25/07/2024 às 09:00 hs.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinas

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **15273003**

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 15273	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 39478-4 RQE 28453	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 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 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 25/07/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101012	27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 0
Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)				

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 - Tec	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

Atendimento: 1454076 Data do Atendimento: 25/07/2024
Prontuário: 1004156 Nome: MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO
Sexo: MASCULINO Idade: 18 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..... : 1454076 **Prontuário:** 1004156 **SAME:** **Hora Atend:** 07:57 **Data Atend:** 25/07/2024
Paciente..... : MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO **Idade:** 18 a
Endereço..... : ANGELO MASSUCHETTO
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82650010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/07/2024 **Hora Saída :** 09:20

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

HDA

FEZ FST - TEVE MELHORA PARCIAL

EXAME FISICO

BEG
SEM INSTABILIDADE AO EXAME
ADM E NV PRESERVADOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LUXAÇÃO PATELAR

TRATAMENTO

ORIENTO FORTALECIMENTO E RISCO DE RECIDIVA
CASO RECIDIVA, INDICAÇÃO CIRURGICA
RETORNO SE NOVO EPISODIO

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA