

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1362137

Data do Atendimento: 09/10/2023

Prontuário: 1004156

Nome: MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO

Sexo: MASCULINO

Idade: 17 Data de Nascimento: 12/04/2006

RG: 157868543

CPF:

Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Numero 27

CEP: 82650010

Rua: ANGELO MASSUCHETTO

UF: PR

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CURITIBA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367921

CRM: 39478

Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI

Parentesco:

Responsável:

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

Data de Nascimento: 12/04/2006

Nº da Guia: 13603.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/10/2023	10:14:40	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno sentiu uma dor no joelho direito enquanto jogava futsal em atividades no colégio. Acabou caindo logo após sentir esse desconforto e ralou o joelho.

Testemunha da ocorrência

Vice Diretor Pierre

Telefone

(41) 3028-5440

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Solicito atendimento com Dr. Patrick Padoani, na data de hoje 09/10/2023 às 15:00. Conforme agendamento prévio.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1362137 **Prontuário:** 1004156 **SAME:** **Hora Atend:** 15:42 **Data Atend:**09/10/2023
Paciente..... : MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO **Idade:** 17 a
Endereço..... : ANGELO MASSUCHETTO
Bairro..... : BOA VISTA **UF..:** PR **CEP:** 82650010
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO **Hora Saída :** 17:36
Data Saída..... : 09/10/2023
Prestador da Evolução Médica: 1164 PATRICK WILLIAN PADOANI

HDA

DOR JOELHO DIREITO APOS ENTORSE HÁ 2 SEMANAS.

EXAME FISICO

BEG
DOR MEDIAL
SEM ABERTURA
NV PRESERVADO
SEM INSTABILIDADE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO

TRATAMENTO

SOLICITO RNM
JOELHEIRA
RETORNO COM EXAME

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA