

Atendimento: 1377263 - MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO Lote: 1693662 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
Guia.....: 14605001 Validade.:19/12/2023
Senha.....: 14605001 Autoriz.:19/12/2023
Carteira...: 2377510 Validade.: 12/12/2023 Titular...: MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO
: CAIOBA

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/11/2023	40803090 COTOVELO 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
27/11/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO ALEXANDRE ANTONIO DE CAMA - 16614 89305280900	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AMBULATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
27/11/2023 09:15:53

Atendimento: 1377263 Data do Atendimento: 27/11/2023
Prontuário: 1003045 Nome: MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 04/08/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: CAIOBA Numero 31 CEP: 82960040
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377510
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: Matheus Eli Rodrigues de Castro

Nº da Carteira: 2.37.7510

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 04/08/2015

Nº da Guia: 14605.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	08:59:10	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno se desequilibrou no pátio e caiu batendo o cotovelo no chão.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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:

(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

2ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1563267 DATA: 27/11/2023 09:19
USUÁRIO.....: ALEXANDRE.CAMARGO
ATENDIMENTO: 1377263 DT NASC: 04/08/2015 (8A 4M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1003045 - MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/11/2023 09:11 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1377263**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

1 COTOVELO (ESQUERDO)

Qtd Unidade

1

SN Apl

Frequência

Data Horários

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO
CRM: 16614

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1377263 **Prontuário:** 1003045 **SAME:** **Hora Atend:** 09:11 **Data Atend:**27/11/2023
Paciente..... : MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO **Idade:** 8 a
Endereço..... : CAIOBA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82960040
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/11/2023 **Hora Saída :**09:58
Prestador da Evolução Médica: 1834 **ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO**

HDA

sofreu fratura do cotovelo esquerdo há duas semanas com tala axilopalmar

EXAME FISICO

pouco edema, sem equimose

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura do cotovelo esquerdo esquerdo

TRATAMENTO

retiro tala

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1377263

Pedido.....:

Paciente.....: MATHEUS ELI RODRIGUES DE CASTRO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO

Data do Exame.: 27/11/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Imagem compatível com fratura transcondiliana umeral.

03 de Dezembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149