

Atendimento: 1296419 - MAYCON SCHULTZ Lote: 1566577 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MAYCON SCHULTZ  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA / 16194  
Guia.....: 9849002 Validade.:01/04/2023  
Senha.....: 9849002 Autoriz.:01/04/2023  
Carteira.: 367902 Validade.: 31/12/2023 Titular...: MAYCON SCHULTZ  
: AIDES ANGELO DE OLIVEIRA

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
<b>Total da Conta:</b>						<b>65,00</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/03/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FERNANDO RIBEIRO DE OLIVE - 16194 87419866953	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
<b>Total Geral:</b>						<b>65,00</b>

65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **9849002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
01/04/2023

5 - Senha

9849002

6 - Data de Validade da Senha

9849002

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira  
367902

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

MAYCON SCHULTZ

11 - Número do Cadão 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  
FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
16194

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  
01/04/2023

23 - Indicação Clínica  
16 ANOS , DESTRO , SEGUNDO ANO DO ENSINO MEDICO ENTORSE DO JOELHO DIR HA 10 DIAS , NA AULA DE ED FISI

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
04

27 - Ql. Sábic. 28 - Ql. 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)

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 14/03/2023 14:54 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)  
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 - / / 9 - / / 10 - / /

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 OPME (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

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Maycon Schultz  
**Nº da Carteira:** 3.6.7902  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 28/01/2007

**Nº da Guia:** 9849.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/03/2023	09:42:30	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

## Descrição

Aluno estava na educação física jogando futebol, quando realizou um movimento com a perna (MID) e veio a torce-lo no processo, professor Ricardo está ciente.

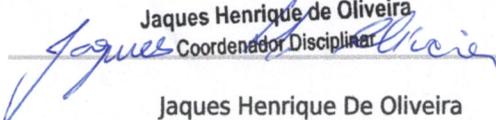
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Elcio Felipe	03/03/2023

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 de retorno marcada pela unidade para o dia 14/03/2023, para avaliação do resultado do exame de ressonância realizado previamente. Conforme dados informados pela solicitante, responsável pelo aluno Maycon Schultz.

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA  
14/03/2023 14:59:46*consulta*

Atendimento: 1296419      Data do Atendimento: 14/03/2023  
Prontuário: 992741      Nome: MAYCON SCHULTZ  
Sexo: MASCULINO      Idade: 16      Data de Nascimento: 28/01/2007  
RG:      CPF: 10244780927      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 36990356

Rua: AIDES ANGELO DE OLIVEIRA      Numero 496      CEP: 83504060

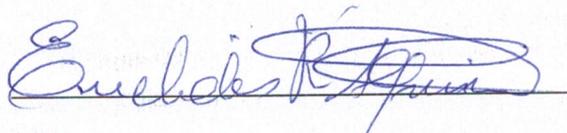
Bairro: JARDIM ROMA      Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE      UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367902

Médico: FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA      CRM: 16194

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..... : 1296419    **Prontuário:** 992741    **SAME:**    **Hora Atend:** 14:54    **Data Atend:** 14/03/2023  
Paciente..... : MAYCON SCHULTZ  
Endereço..... : AIDES ANGELO DE OLIVEIRA  
Bairro..... : JARDIM ROMA    **Idade:** 16 a  
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE    **UF.:** PR    **CEP:** 83504060  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 14/03/2023    **Hora Saída :** 15:26

**Prestador da Evolução Médica:** 31    **FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA**

**HDA**

16 ANOS , DESTRO , SEGUNDO ANO DO ENSINO MÉDICO  
ENTORSE DO JOELHO DIR HA 10 DIAS , NA AULA DE ED FISICA , SEM FRAT OU CIRURGIA DO JOELHO  
ANTES  
PACTE MENOR ACOMPANHDO DO SR EUCLIDES ( VIZINHO )  
ALT 1, 77 , PESO 77  
ACADEMIA 3 X SEM  
SEM PATOLOG ASSOC , SEM ALERGIA  
SEM FISIO E SEM INFILTRAÇÃO  
NÃO ESTA MAIS EM USO DA MEDIC DO PS

**EXAME FISICO**

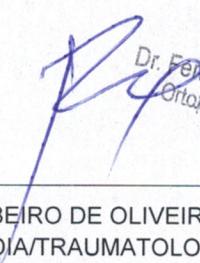
DOR NA FACE MEDIAL DA PATELA  
EDEMA ++/4  
RNMG COM LESÃO DO PFM E DERRAME

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

LUXAÇÃO DA PATELA

**TRATAMENTO**

ORIENTADAO PARA JOELHEIRA  
FISIO  
SEM CARGA E RETORNO

  
Dr. Fernando Ribeiro Oliveira  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 16194

FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA / 16194  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA