

Atendimento: 1389144 - MURILO SPOSITO MATIAS ANTUNES Lote: 1726239 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MURILO SPOSITO MATIAS ANTUNES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELA PENNA / 24956
Guia.: 14412 Validade.:05/02/2024
Senha.: 14412 Autoriz.:05/02/2024
Carteira.: 2781681 Validade.: 31/12/2024 Titular.: MURILO SPOSITO MATIAS ANTUNES
: CORONEL AMAZONAS MARCONDES

Procedimento:

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/01/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO MARCELA PENNA - 24956 05571712708	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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14412

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/02/2024

5 - Senha

14412

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arquivado para Operadora

14412

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2781681

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

MURILLO SPOSITO MATIAS ANTUNES

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

MARCELA PENNA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

24956

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado

21 - Caracter do Atendimento

1 05/02/2024

23 - Indicação Clínica

Luxacao 5ºqdd (IFP) em nov de 2023. ficou imobilizado por aprox 6 sem segundo pct. queixa de leve deformidade em dedo e fr

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qx-Smk

28 - Ct Autoriz

Dados do Contrato Escatante

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 (ocidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 05/01/2024 08:27 09:27 22 10101015

CONSELHA EM CONSULTÓRIO UNO HOSPITAL JOVIAL ON 78FE

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator R/Acr

46 - Valor Unitário

47 - Valor Total

65,00

65,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sd. 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 da 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 CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gastos Médicinas (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 ATENDIMENTO



Aluno: Murilo Sposito Matias Antunes
Nº da Carteira: 2.78.1681
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 22/09/2009

Nº da Guia: 14412

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2023	08:04:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava em aula de educação física jogando futsal.

Testemunha da ocorrência

Prof. Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Fábio

Data

07/11/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador foi passado gelou no local, foi entrado em contato com pai e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSAMANDA.JACOB
08/01/2024 08:30:11

Atendimento: 1389144 Data do Atendimento: 08/01/2024
Prontuário: 1006325 Nome: MURILO SPOSITO MATIAS ANTUNES
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 22/09/2009
RG: 162331345 CPF: 11690236906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: CORONEL AMAZONAS MARCONDES Numero 577 CEP: 80035230
Bairro: CABRAL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781681
Médico: MARCELA PENNA CRM: 24956
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..... : 1389144 Prontuário: 1006325 SAME: Hora Atend: 08:27 Data Atend: 08/01/2024
Paciente..... : MURILO SPOSITO MATIAS ANTUNES Idade: 14 a
Endereço..... : CORONEL AMAZONAS MARCONDES
Bairro..... : CABRAL
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 80035230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S631 - LUXACAO DO DEDO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/01/2024 Hora Saída : 08:46
Prestador da Evolução Médica: 885 MARCELA PENNA

HDA

Luxação 5ºqdd (IFP) em nov de 2023.
ficou imobilizado por aprox 6 sem segundo pct.
queixa de leve deformidade em dedo e fraqueza de flexão.

EXAME FISICO

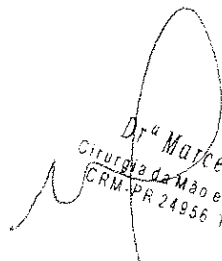
leve flexo de ifp de aprox 10°, q não ioncapacita a sua função
sem dor
dpp 0 cm.
fraqueza de flexor profundo de 5ºqdd
leve edema articular

DIAGNOSTICO - HISTORICO

sequela de luxação de IFP 5ºqdd

TRATAMENTO

indico reabilitar
ensino exercicios de ganho de extensao e fortalecimento de tendões
alta medica
ret s/n


Dr.ª Marcela Penna
Cirurgiã de Mão e Microcirurgiã
CRM-PR 24956 TEOT 12504

MARCELA PENNA / 24956
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA