

Atendimento: 1507194 - RYAN ANGELO SOARES Lote: 1896329 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RYAN ANGELO SOARES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: 23885002 Validade.:03/02/2025
Senha.....: 23885002 Autoriz.:03/02/2025
Carteira.: 23885 Validade.: 12/12/2029 Titular....: RYAN ANGELO SOARES
: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO

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
16/01/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	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 **23885002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/02/2025		5 - Senha 23885002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23885002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23885		9 - Validade da Carteira 12/12/2029	
10 - Nome RYAN ANGELO SOARES		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 RODRIGO TISSI RIBEIRO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 17771		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 03/02/2025	
23 - Indicação Clínica 5 1/2 semanas pos tratamento conservador de fratura incompleta do punho Esq. Esta bem, sem dor, esta usando tala comercial			
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 16/01/2025 16:36 16:36 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 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	

Atendimento: 1507194 Data do Atendimento: 16/01/2025
Prontuário: 1031217 Nome: RYAN ANGELO SOARES
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 06/05/2010
RG: CPF: 13865783473 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998977782
Rua: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO Numero 243
Bairro: MARACANA Cidade: COLOMBO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23885
Médico: RODRIGO TISSI RIBEIRO CRM: 17771
Responsável: Parentesco:

CEP: 83408499
UF: PR

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: Ryan Angelo Soares
Nº da Carteirinha: 2.78.1432
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 06/05/2010

Nº da Guia: 23885.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/01/2025	17:34:07	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava jogando futebol durante a aula de educação física, e ao defender a bola no gol houve a torção da mão esquerda, aluno se queixa de dor no pulso esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Suriam

Data

09/12/2024

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

Guia atualizada para retorno médico.

Ass.:

Gabriela Marcon
Orientadora Educacional

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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..... : 1507194 **Prontuário:** 1031217 **SAME:**
Paciente..... : RYAN ANGELO SOARES
Endereço..... : RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO
Bairro..... : MARACANA
Cidade..... : COLOMBO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/01/2025

Hora Atend: 16:36 **Data Atend:** 16/01/2025
Idade: 14 a

UF..: PR **CEP:** 83408499
Plano...: UNICO

Hora Saída : 16:44

Prestador da Evolução Médica: 346 **RODRIGO TISSI RIBEIRO**

HDA

5 1/2 semanas pós tratamento conservador de fratura incompleta do punho Esq. Está bem, sem dor, está usando tala comercial até agora.

EXAME FISICO

Sem dor à palpação do punho e sem edema.
Flexo-extensão do punho = 90 - 0 - 90

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do punho.

TRATAMENTO

Alta. Oriento exercícios em casa.

Dr. Rodrigo Tissi Ribeiro
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM/PR 17771

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA