

Atendimento: 1255124 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS Lote: 1502267 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 367898 Validade.: 30/11/2022 Titular....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
: HUMBERTO GERONASSO

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
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 4233091

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

367898

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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, Procedimento e Exame Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

20/10/2022

23 - Indicação Clínica

2 1/2 semanas pos tratamento conservador de fratura da F2 do 5º dedo Esq. Esta bem, sem dor.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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

37 - Código CNES

3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 20/10/2022 15:13

22

10101012

CONSULTA EM CONSULTÓRIO

(NO HORÁRIO NORMAL OU PREE

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total

001

1,0

65,00

65,00

Identificação do(a) Profissional(a) 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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total da Procedimentos (R\$)

65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (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

69 - Tratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos

Nº da Carteirinha: 3.6.7898

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 8241.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	08:10:34	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava em Ed.Física no ginásio com os outros alunos, jogando queimada, quando levou uma bolada no dedo mínimo da mão esquerda O dedo começou a apresentar edema no local, (inchaço)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Felipe	03/10/2022

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

Ass.:

Jaques H. Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

[Assinatura]

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

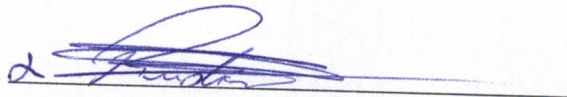
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
20/10/2022 15:18:16

Atendimento: 1255124 Data do Atendimento: 20/10/2022
Prontuário: 985076 Nome: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 20/09/2011
RG: 155134925 CPF: 14437048903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998450318
Rua: HUMBERTO GERONASSO Numero 863
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA CEP: 82560160
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 367898 UF: PR
Médico: RODRIGO TISSI RIBEIRO CRM: 17771
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..... : 1255124	Prontuário: 985076	SAME:	Hora Atend: 15:13	Data Atend:20/10/2022
Paciente..... : SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS			Idade: 11 a	
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO				
Bairro..... : BARREIRINHA				
Cidade..... : CURITIBA			UF...: PR	CEP: 82560160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída..... : 20/10/2022			Hora Saída : 16:01	
Prestador da Evolução Médica: 346 RODRIGO TISSI RIBEIRO				

HDA

2 1/2 semanas pós tratamento conservador de fratura da F2 do 5º dedo Esq. Está bem, sem dor.

EXAME FISICO

RX do dia : fratura incompleta da falange do 5º dedo Esq.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura do 5º dedo.

TRATAMENTO

Oriento retirar a tala em casa daqui a 1 semana e iniciar exercícios em casa.

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA