

Atendimento: 1326886 - STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA Lote: 1614583 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano:
Medico/CRM: ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
Guia.....: 11755001 Validade.:19/06/2023
Senha.....: 11755001 Autoriz.:19/06/2023
Carteira...: 2376507 Validade.: 22/02/2024 Titular....: STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
: - DE 711/712 AO FIM TEREZINA

Plano.....: UNICO

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

Resumo da Conta

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

MONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/06/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)		100,00%	1	65,0000	65,00
	ALEXANDRE ANTONIO DE CAMA - 16614 89305280900	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 11755001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 19/06/2023	5 - Senha 11755001	6 - Data de Validade na Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11755001								
8 - Número da Carteira 2376507		9 - Validade da Carteira 22/02/2024	10 - Nome STEFFANY KACORI MACHADO DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16614	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 19/06/2023	23 - Indicação Clínica Paciente vítima de trauma no punho esquerdo com dor e limitação funcional. Imobilizada com tala antebraquiopalmair								
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	27 - Q1.Solic. 28 - Q1.Autoriz.								
Dados do Contratado Especialista				31 - Código CNES 3005685							
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								
Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 19/06/2023 08:40 08:40 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE		42 - Q1cd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00									
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									
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 CPME (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: Steffany Kaori Machado de Oliveira Uchida

Nº da Carteirinha: 2.37.6507

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 20/01/2010

Nº da Guia: 11755.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/06/2023	07:37:18	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e a colega jogou a bola que bateu no braço e gerou um inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	41 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Motivo do Retorno

Ass.: _____

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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: <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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1326886

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caudal do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabca 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Sess. 28 - Qt. Autoriz. 29 - Valor Total (R\$)

30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Data 37 - Ht. Inicial 38 - Ht. Final 39 - Tabca 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Cidr. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total das OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77 - Assinatura do Contratado



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1326886

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sema

6 - Data Validade da Sema

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2376507

10 - Nome
STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

16614

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

19/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qx Solic

1

28 - Qx Autoriz

0

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (necessário ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Número no Conselho

Identificação (do(a) Profissional(a) Executante(a))

48 - Seq. Red

49 - Gr. Part

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLUAN NASCIMENTO
19/06/2023 08:42:42

Atendimento: 1326886 Data do Atendimento: 19/06/2023
Prontuário: 998337 Nome: STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 20/01/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - DE 711/712 AO FIM TEREZINA Numero 1189 CEP: 82930250
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2376507
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.

Flaminia m.o.m.

Paciente e/ou Responsável

Alexandre

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326886 **Prontuário:** 998337 **SAME:**
Paciente..... : STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA **Hora Atend:** 08:40 **Data Atend:** 19/06/2023
Endereço..... : - DE 711/712 AO FIM TEREZINA **Idade:** 13 a
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82930250
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : D180 - HEMANGIOMA DE QUALQUER LOCALIZACAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/06/2023 **Hora Saída :** 11:18
Prestador da Evolução Médica: 1834 **ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO**

HDA

Paciente vítima de trauma no punho esquerdo com dor e limitação funcional. Imobilizada com tala antebraquiopalmar

EXAME FISICO

aumentode volume acentuado na região palmar do antebraço distal com aproximadamente 4cm de diâmetro, aderido aos planos profundos e levemente doloroso à palpação
Histórico de hemangioma em acompanhamento no HIPP com Dr Nagai

DIAGNOSTICO - HISTORICO

hemangioma no antebraço esquerdo

TRATAMENTO

Oriento retornar para acompanhamento no HIPP

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326886 **Prontuário:** 998337 **SAME:**
Paciente..... : STEFFANY KAORI MACHADO DE OLIVEIRA
Endereço..... : - DE 711/712 AO FIM TEREZINA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : D180 - HEMANGIOMA DE QUALQUER LOCALIZACAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/06/2023

Hora Atend: 08:40 **Data Atend:** 19/06/2023
Idade: 13 a

UF..: PR **CEP:** 82930250
Plano...: UNICO

Hora Saída : 11:18

Prestador da Evolução Médica: 1834 **ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO**

HDA

Paciente vítima de trauma no punho esquerdo com dor e limitação funcional. Imobilizada com tala antebraquiopalmar

EXAME FISICO

aumentode volume acentuado na região palmar do antebraço distal com aproximadamente 4cm de diâmetro, aderido aos planos profundos e levemente doloroso à palpação
Histórico de hemangioma em acompanhamento no HIPP com Dr Nagai

DIAGNOSTICO - HISTORICO

hemangioma no antebraço esquerdo

TRATAMENTO

Oriento retornar para acompanhamento no HIPP

ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO / 16614
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA