

Atendimento: 1476317 - VALENTINA DOS SANTOS Lote: 1848643 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.....: 21199002 Validade.: 02/10/2024
Senha.....: 21199002 Autoriz.: 02/10/2024
Carteira.: 278132 Validade.: 30/10/2025 Titular.: VALENTINA DOS SANTOS
: DUARTE DA COSTA

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
02/10/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

AMBULATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
02/10/2024 13:36:49

Atendimento: 1476317 Data do Atendimento: 02/10/2024
Prontuário: 997057 Nome: VALENTINA DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 07/08/2012
RG: CPF: 11123511918 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: DUARTE DA COSTA

Numero 803

CEP: 83301070

Bairro: JARDIM BELA VISTA

Cidade: PIRAQUARA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278132

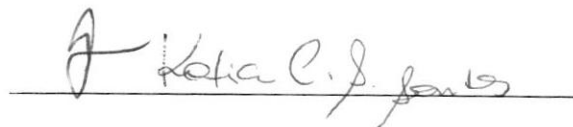
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

CRM: 38417

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Valentina dos Santos
Nº da Carteira: 2.78.132
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 07/08/2012

Nº da Guia: 21199.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/10/2024	09:26:03	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei com colegas até bater na bola e o seu dedo torcer para trás.

Testemunha da ocorrência

Monitora Vanessa

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Caio

Data

20/09/2024

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

Retorno agendado para dia 02/10/2024 às 10h, para levar o exame solicitado.

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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.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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **21199002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 278132		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VALENTINA DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante HELOISA ZIMMERMANN FAGGION		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38417		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 1			
22 - Data da Solicitação 02/10/2024			
23 - Indicação Clínica ACOMPANHADA DA MAE #ATRASSO 20MIN# ATENDIDA EM 20/9 POR TRAUMA EM 1o QDE. SUSPEITADO DE LESAO DE STE			
24 - Tabela 1			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012			
26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)			
27 - Qt. Solic. 1			
28 - Qt. Autoriz. 0			
29 - Código na Operadora			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data			
37 - Hr. Inicial			
38 - Hr. Final			
39 - Tabela			
40 - Código do Procedimento			
41 - Descrição			
42 - Qtde.			
43 - Via			
44 - Téc.			
45 - % Red / Acresc.			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$)			
48 - Data de Realização de Procedimento em Série			
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 de OPME (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			

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476317 Prontuário: 997057 SAME: Hora Atend: 13:34 Data Atend:02/10/2024
Paciente..... : VALENTINA DOS SANTOS Idade: 12 a
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... : PIRAQUARA UF.: PR CEP: 83301070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/10/2024 Hora Saída : 13:47
Prestador da Evolução Médica: 1781 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HDA

ACOMPANHADA DA MAE
#ATRASSO 20MIN#

ATENDIDA EM 20/9 POR TRAUMA EM 1o QDE. SUSPEITADO DE LESAO DE STENER, DEIXADA COM TALA GESSADA E PEDIDO DE RNM.
RELATA TRAUMA COM HIPEREXTENSAO DA 1a MTC-F
VEM SEM TALA, DIZ QUE TIROU FAZ ALGUNS DIAS
NEGA DOR

SEM DOR NA PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DO DEDO E METAC
TESTE DE STENER NEGATIVO
SEM EQUIMOSE OU EDEMA

RNM FEITA HÁ 10 DIAS, 3 DIAS POS TRAUMA, COM EDEMA E ESTIRAMENTO DISCRETO DA CAPSULA VOLAR DA 1a MTCF
SEM OUTROS ACHADOS

CONTUSAO EM 1o QD , JA EM RECUPERAÇÃO E ASSINTOMATICA

ORIENTO CUIDADOS
SEM NECESSIDADE DE MANTER IMOBILIZAÇÃO

ALTA
RETORNO SE SINAIS DE ALARME EXPLICADOS

EXAME FISICO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TRATAMENTO

HELOISA FAGGION
Rm. 308 38417 / RQE 28267
Clínica Adventista de Curitiba

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476317 Prontuário: 997057 SAME: Hora Atend: 13:34 Data Atend: 02/10/2024
Paciente..... : VALENTINA DOS SANTOS Idade: 12 a
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... : PIRAQUARA UF.: PR CEP: 83301070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/10/2024 Hora Saída : 13:47

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dra. Heloisa Faggion
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38417 / RQE 28267