Atendimento: 1248655 - ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES Lote: 1492071 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.....: 8053001 Validade.:27/10/2022
Senha.....: 8053001 Autoriz..:27/10/2022
Carteira..: 2336743 Validade.: 31/12/2023 Titular...: ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES
: MARIA PAULINA PEREIRA

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	Vl Unitario	Vl Total
28/09/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933	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 **8053001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2336743		ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	06	38417	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	27/10/2022	23/9 - TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIREITO COM DESCRICAO DE LUXACAO DA PATELA REDUZIDA PELA PROFESSOF

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
22	10101012	Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
	HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

31 - Código CNES	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
3005585				

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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$)	47 -Valor Total (R$)

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

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 3 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 5 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 7 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 9 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____

2- I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 4 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 6 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 8 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____ 10 - I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I _____

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

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data: [illegible] 10:29:48 Conta/Lote: Atendimento: 1248655 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

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

2 - Nº Guia no Prestador **8053001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
27/10/2022	8053001		8053001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2336743	31/12/2023	ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HELOISA ZIMMERMANN FAGGION	06	38417	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	27/10/2022	23/9 - TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIREITO COM DESCRICAO DE LUXACAO DA PATELA REDUZIDA PELA PROFES

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	30 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES
04	9	1		3005585

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 28/09/2022	14:10	14:10	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
65.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65.00

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

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 27/10/2022 10:30:07 Conta/Lote: 1492071 Atendimento: 1248655 Convênio:CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1492071

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Alicia Smek Conessa Rodrigues
Nº da Carteirinha: 2.33.6743
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 27/12/2008 | **Nº da Guia:** 8053.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/09/2022	12:26:44	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
A aluna estava em aula de educação fisica quando estava correndo e sentiu um estralo e o joelho fora do lugar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora LarissA	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	23/09/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno
A pedido do dr. Leonardo Bassani para acompanhamento.

Ass.: _____
Daniele Novaes Torino

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

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

LILIANE.SIMOE
28/09/2022 14:16:44

Atendimento: 1248655 Data do Atendimento: 28/09/2022
Prontuário: 984640 Nome: ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 27/12/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992681855
Rua: MARIA PAULINA PEREIRA Numero 30 CEP: 83015620
Bairro: OURO FINO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336743
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION CRM: 38417
Responsável: GIULIANO CONESSA RODRIGUES Parentesco: PAI

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..... : 1248655 **Prontuário:** 984640 **SAME:** **Hora Atend:** 14:10 **Data Atend:**28/09/2022
Paciente..... : ALICIA SMEK CONESSA RODRIGUES **Idade:** 13 a
Endereço..... : MARIA PAULINA PEREIRA
Bairro..... : OURO FINO
Cidade..... :SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83015620
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO ESPECIALISTA
Data Saída..... : 28/09/2022 **Hora Saída :** 14:37
Prestador da Evolução Médica: 1781 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HDA
23/9 - TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIREITO COM DESCRIÇÃO DE LUXAÇÃO DA PATELA REDUZIDA PELA PROFESSORA
RX DO DIA SEM SINAIS DE FRAGMENTO INTRA ARTICULAR OU LESAO OSTEOCONDRAL

PCT DEAMBULANDO SEM CLADUCIAÇÃO, SEM EDEMA LOCAL
ADM LIVRE INDOLOR
SINAL DO JOTA +
SEM APREENSAO
PATELA ALTA EM RX
LUXAÇÃO PATELAR 1o EPISODIO
ORIENTO PACIENTE E FAMILIAR
FST
RNM
RETORNO APÓS

EXAME FISICO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
LX PATELAR 1o EPISODIO

TRATAMENTO
FST E RNM
RETORNO APÓS

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 1250469 - ISABELLI BARBOSA DA SILVA Lote: 1494905 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: ISABELLI BARBOSA DA SILVA
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz..:
Carteira..: 2337085 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ISABELLI BARBOSA DA SILVA
: ANDRE ZEN

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	Vl Unitario	Vl Total
04/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	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 **4232972**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2337085	30/12/2023	ISABELLI BARBOSA DA SILVA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PATRICK WILLIAN PADOANI	06	39478	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	04/10/2022	VIROU PE DIREITO HA 3 SEMANAS. EM USO DE ROBOFOOT E PAR DE MULETAS. 1o ENTORSE.

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

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 04/10/2022	16:36	16:36	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	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 - ___/___/_____		3 - ___/___/_____	5 - ___/___/_____	7 - ___/___/_____	9 - ___/___/_____
2 - ___/___/_____		4 - ___/___/_____	6 - ___/___/_____	8 - ___/___/_____	10 - ___/___/_____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
65.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65.00

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabelli Barbosa da Silva
Nº da Carteirinha: 2.33.7085
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 18/11/2004 | **Nº da Guia:** 7802.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/10/2022	10:12:31	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A Isabelli participava da aula de educação física, jogando basquete e acabou por torcer o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ingo	12/09/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno
Após atendimento anterior, solicitado pela equipe médica o retorno em 04/10/2022.

Gabriel Morales
Vice - Diretor Escolar

Ass.: _____

Gabriel Morales

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

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

LILIANE.SIMOE
04/10/2022 16:41:31

Atendimento: 1250469 Data do Atendimento: 04/10/2022
Prontuário: 984121 Nome: ISABELLI BARBOSA DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 18/11/2004
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ANDRE ZEN Numero 100 CEP: 83025040
Bairro: ARISTOCRATA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337085
Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI CRM: 39478
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.

Karina Esperato

Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1250469 **Prontuário:** 984121 **SAME:** **Hora Atend:** 16:36 **Data Atend:**04/10/2022
Paciente..... : ISABELLI BARBOSA DA SILVA **Idade:** 17 a
Endereço..... : ANDRE ZEN
Bairro..... : ARISTOCRATA
Cidade..... :SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83025040
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/10/2022 **Hora Saída :** 18:00
Prestador da Evolução Médica: **1164** **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA
VIROU PÉ DIREITO HÁ 3 SEMANAS. EM USO DE ROBOFOOT E PAR DE MULETAS. 1o ENTORSE.

EXAME FISICO
BEG
DOR PALPAÇÃO ANTEPE
NV PRESERVADO
GAVET ANAT NEG

DIAGNOSTICO - HISTORICO
LESAO LIG TORNOZELO

TRATAMENTO
FISIOTERAPIA + ORIENTAÇÕES
LIBERO DO ROBOFOOT
RETORNO APOS FST

DR. PATRICK PADOANI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 39478 / RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 1253302 - RODRIGO BARBOSA FERNANDES Lote: 1499367 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz..:
Carteira..: 2791094 Validade.: 30/12/2022 Titular...: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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	Vl Unitario	Vl Total
14/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	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 **4233026**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2791094	30/12/2022	RODRIGO BARBOSA FERNANDES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
FERNANDO FERRAZ FARIA	06	26600	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	14/10/2022	3 meses fratura tibia proximal

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

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 14/10/2022	10:20	10:20	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	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 - ___/___/_____	_____	3 - ___/___/_____	_____	5 - ___/___/_____	_____	7 - ___/___/_____	_____	9 - ___/___/_____	_____
2 - ___/___/_____	_____	4 - ___/___/_____	_____	6 - ___/___/_____	_____	8 - ___/___/_____	_____	10 - ___/___/_____	_____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
65.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65.00

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rodrigo Barbosa Fernandes
Nº da Carteirinha: 2.79.1094
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 19/11/2008 | **Nº da Guia:** 6992.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2022	14:27:50	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno Rodrigo estava na aula de Educação Física jogando futsal, e um colega deu um carrinho, e o aluno torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 98464-5489
Marcio	(41) 98464-5489

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson (monitor da Escola)	28/07/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno
Retorno dia 14/10

Ass.: Mauricio Cabeleira
Coordenador Disciplinar

Mauricio Correa Cabeleira

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

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

MAURICIO.JUNIOR
14/10/2022 10:25:51

Atendimento: 1253302 Data do Atendimento: 14/10/2022
Prontuário: 981991 Nome: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 19/11/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 2607 CEP: 83065470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791094
Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA CRM: 26600
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.

x

Paciente e/ou Responsável

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	Vl Unitario	Vl Total
20/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA	ATO	100,00%	1	65,0000	65,00
	RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	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 **4233091**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
367898	30/11/2022	SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RODRIGO TISSI RIBEIRO	06	17771	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	20/10/2022	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	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

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 20/10/2022	15:13	15:13	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	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 - ___/___/___	3 - ___/___/___	5 - ___/___/___	7 - ___/___/___	9 - ___/___/___	
2 - ___/___/___	4 - ___/___/___	6 - ___/___/___	8 - ___/___/___	10 - ___/___/___	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
65.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65.00

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

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 27/10/2022 11:17:27 [illegible]2267 Atendimento: 1255124 Convênio:CLINICA ADVENTIST[illegible]

1502267

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 mínino 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	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Motivo do Retorno

Ass.: Jaques H. Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

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

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

MAURICIO.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 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367898
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