

Atendimento: 1264842 - ALICE LOPES DE SOUZA Lote: 1517427 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALICE LOPES DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 8768004 Validade.:05/12/2022
Senha.....: 8768004 Autoriz.:05/12/2022
Carteira.: 2333470 Validade.: 12/12/2022 Titular...: ALICE LOPES DE SOUZA
: MARIA VACCARI BORTOLAN

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORÁRIOS 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
23/11/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 05/12/2022	5 - Sembr	6 - Data de Validade da Sembr	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8768004
---------------------------------------	-----------	-------------------------------	--

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2333470	9 - Validade da Carteira 12/12/2022	10 - Nome ALICE LOPES DE SOUZA	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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20957	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caudex do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 05/12/2022	23 - Indicação Clínica - Cotovelada no final de outubo - +/- 24 dias ... evoluindo com dor no pescoco - foi duas vezes no PS - solicitado exame de res
--	--	---

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 27 - Q1.Solic. 28 - Q1.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 (paciente 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 23/11/2022 15:27 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42 - Q1de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00
--	--

Identificação do(a) Profissional(ais) 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 Serie 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

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 OPME (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: Alice Lopes de Souza

Nº da Carteirinha: 2.33.3470

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 08/02/2009

Nº da Guia: 8768.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/11/2022	16:24:03	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Lábios

Descrição

A aluna estava fazendo o aquecimento, quando sem querer um colega deu uma cotovelada em seu lábio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	26/10/2022

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

A pedido médico retornar no dia 23/11/2022

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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
23/11/2022 15:31:13

Atendimento: 1264842 Data do Atendimento: 23/11/2022
Prontuário: 986829 Nome: ALICE LOPES DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 08/02/2009
RG: 133148396 CPF: 08630478900 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: MARIA VACCARI BORTOLAN Numero 529 CEP: 83015620
Bairro: OURO FINO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2333470
Médico: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI CRM: 20957
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.

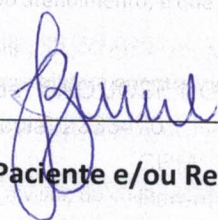
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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..... : 1264842 Prontuário: 986829 SAME: Hora Atend: 15:27 Data Atend: 23/11/2022
Paciente..... : ALICE LOPES DE SOUZA Idade: 13 a
Endereço..... : MARIA VACCARI BORTOLAN
Bairro..... : OURO FINO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83015620
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : M542 - CERVICALGIA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/11/2022 Hora Saída : 16:19
Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

HDA

- Cotovelada no final de outubro - +/- 24 dias
- ... evoluindo com dor no pescoço - foi duas vezes no PS - solicitado exame de ressonancia

EXAME FISICO

- Traz exames - RNM coluna Cervical = normal

DIAGNOSTICO - HISTORICO

- Cervicalgia

TRATAMENTO

1. Consulta
2. Orientações gerais
3. Diprosan + Adorlan 15mg
4. FST
5. Retorno após

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA