

Atendimento: 1358054 - ANA LUIZA GIRARDELLO Lote: 1663542 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA GIRARDELLO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 12333001 Validade.:03/10/2023
Senha.....: 12333001 Autoriz...:03/10/2023
Carteira.: 2376984 Validade.: 31/12/2023 Titular....: ANA LUIZA GIRARDELLO
: EDUARDO AGUIRRE CALABRESI

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 |
|---------------------|---|-------------|---------|------|-------------|--------------|
| 27/09/2023 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971 | CLINICO | 100,00% | 1 | 65,0000 | 65,00 |
| Total : | | | | | | 65,00 |
| Total Geral: | | | | | | 65,00 |

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Ana Luiza Girardello
Nº da Carteira: 2.37.6984
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 09/02/2010

Nº da Guia: 13222.001

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 27/09/2023 | 07:28:46 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção | Joelho Direito |

Descrição

Na aula de educação física a aluna pisou na bola e desequilibrou e torceu o joelho.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Nailson | (41) 3051-8660 |

| 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

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
27/09/2023 08:09:41

Atendimento: 1358054 Data do Atendimento: 27/09/2023
Prontuário: 1002983 Nome: ANA LUIZA GIRARDELLO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 09/02/2010
RG: CPF: 09791281963 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: EDUARDO AGUIRRE CALABRESI Numero 119 CEP: 80050390
Bairro: CRISTO REI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376984
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA CRM: 21515
Responsável: ELEN CRISTINA NERY Parentesco: MAE

- 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..... : 1358054 **Prontuário:** 1002983 **SAME:** **Hora Atend:** 08:08 **Data Atend:**27/09/2023
Paciente..... : ANA LUIZA GIRARDELLO **Idade:** 13 a
Endereço..... : EDUARDO AGUIRRE CALABRESI
Bairro..... : CRISTO REI
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80050390
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M222 - TRANSTORNOS FEMUROPATELARES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/09/2023 **Hora Saída :**08:30

Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

HDA

SUSPEITA DE FX DO PLATO TIBIAL DIREITO
RETORNO - RNM - SEM SINAIS FX; SINASI DE BURSITE DO SEMITENDINIO;
CD ORIENTAÇÕES FST E CARTA AO FISIO; RETORNO SN;

EXAME FISICO

SUSPEITA DE FX DO PLATO TIBIAL DIREITO
RETORNO - RNM - SEM SINAIS FX; SINASI DE BURSITE DO SEMITENDINIO;
CD ORIENTAÇÕES FST E CARTA AO FISIO; RETORNO SN;

DIAGNOSTICO - HISTORICO

SUSPEITA DE FX DO PLATO TIBIAL DIREITO
RETORNO - RNM - SEM SINAIS FX; SINASI DE BURSITE DO SEMITENDINIO;
CD ORIENTAÇÕES FST E CARTA AO FISIO; RETORNO SN;

TRATAMENTO

SUSPEITA DE FX DO PLATO TIBIAL DIREITO
RETORNO - RNM - SEM SINAIS FX; SINASI DE BURSITE DO SEMITENDINIO;
CD ORIENTAÇÕES FST E CARTA AO FISIO; RETORNO SN;

Dr. André Almeida da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 21515 - TEO 10366

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA