

Atendimento: 1369487 - EMANUELA DE PAIVA DIAS Lote: 1681592 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.....: 13308002 Validade.:11/12/2023
Senha.....: 13308002 Autoriz.:11/12/2023
Carteira.: 367720 Validade.: 12/12/2023 Titular...: EMANUELA DE PAIVA DIAS
 : HUMBERTO GERONASSO

Plano.....: UNICO

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

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X						
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total	
01/11/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64	
			Total :		30,64	

HONORARIOS MEDICOS

298 <u>AMBULATORIOS</u>						
<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
01/11/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
				Total :		65,00
Total Geral:						95,64

AMBULATORIO
AMBULATORIOSAMANDA.FERNANDES
01/11/2023 14:13:50

Atendimento: 1369487 Data do Atendimento: 01/11/2023
Identificador: 986113 Nome: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 08/04/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Endereço: HUMBERTO GERONASSO Numero 863 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 367720
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 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 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: Emanuela de Paiva Dias
Nº da Carteirinha: 3.6.7720
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 08/04/2013

Nº da Guia: 13308.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	11:41:09	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição
Aluna estava na aula de educação física quando torceu o pé direito, região está levemente inchada e bastante dolorida ao se apoiar no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	12/09/2023

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
Autorização de retorno para o dia de hoje (1 de novembro), na especialidade de ortopedia com a doutora Heloisa Zimmermann.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1369487 **Prontuário:** 986113 **SAME:** **Hora Atend:** 14:10 **Data Atend:** 01/11/2023
Paciente..... : EMANUELA DE PAIVA DIAS **Idade:** 10 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82560160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 01/11/2023 **Hora Saída :** 14:50
Prestador da Evolução Médica: 1781 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

HDA

12/9 ENTORSE DE TORNOZELO
DOR EM FISE DA FIBULA DISTAL
USO DE ROBOFOOT 4 SEM

HOJE JA SEM A IMOBILIZAÇÃO HÁ 10 DIAS
DEAMBULA SEM CLAUDICAÇÃO
SEM DOR A PALPAÇÃO DE ESTRUTURAS OSSEAS, TRAJETO LIGAMENTAR OU A PALPAÇÃO DA REGIAO FISARIA

RX SP

ALTA
LIBERO PARA ATIVIDADES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E COMPLICAÇÕES E RETORNO CONFORME TAIS SINAIS E NECESSIDADE

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1369487

Pedido.....:

Paciente.....: EMANUELA DE PAIVA DIAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

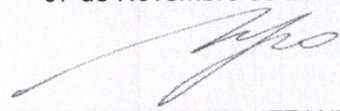
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

07 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149