

Atendimento: 1216958 - EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO Lote: 1442855 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO ELIAS / 22993
Guia..... Validade.:
Senha..... Autoriz.:
Carteira.: 000 Validade.: 31/12/2022 Titular.: EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO
: - DE 2302/2303 AO FIM ROCHA POMBO

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/06/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) LEONARDO ELIAS - 22993 07413109700	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Emily Gabriely Ramos Amancio

Nº da Carteira: 2.33.5599

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 12/08/2006

Nº da Guia: 6367.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
27/05/2022	11:40:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
A aluna estava em aula jogando vôlei quando foi fazer uma manchete, acabou torcendo o joelho.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mari	27/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Motivo do Retorno
A aluna foi atendida pela monitora no apoio escolar, sendo encaminhada para o hospital de referência precisando de retorno para dia 06/06/2022 pedido feito pelo médico.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE
09/06/2022 09:46:51

Atendimento: 1216958 Data do Atendimento: 09/06/2022
Prontuário: 978897 Nome: EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 12/08/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: - DE 2302/2303 AO FIM ROCHA POMBO Numero 3280 CEP: 83010620
Bairro: AGUAS BELAS Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000
Médico: LEONARDO ELIAS CRM: 22993
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.

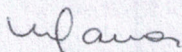
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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..... : 1216958 **Prontuário:** 978897 **SAME:**
Paciente..... : EMILY GABRIELY RAMOS AMANCIO
Endereço..... : - DE 2302/2303 AO FIM ROCHA POMBO
Bairro..... : AGUAS BELAS
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M222 - TRANSTORNOS FEMUROPATELARES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/06/2022

Hora Atend: 09:42 **Data Atend:** 09/06/2022
Idade: 15 a
UF..: PR **CEP:** 83010620
Plano...: UNICO
Hora Saída : 10:25

Prestador da Evolução Médica: 11 **LEONARDO ELIAS**

HDA

entorse de joelho
ef: síndrome rotuliana
cd solicto rm

Dr. LEONARDO ELIAS
Médico
CRM-PR 22.993

LEONARDO ELIAS / 22993
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA