tendimento: 1339840 - FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO Lote: 1635024 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
Guia.....: 12030002 Validade.:17/08/2023
Senha.....: 12030002 Autoriz..:17/08/2023
Carteira..: 2117214 Validade.: 31/12/2023 Titular...: FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO
: LUIZ BUGALSKI

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

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
01/08/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	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 12030002

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**	
17/08/2023	12030002		12030002	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2117214	31/12/2023	FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO		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**	
JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA	06	036997	41	225270		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	17/08/2023	Rotura de Ica À direita.

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

31 - Código CNES 3005585

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
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 01/08/2023	13:55	13:55	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: Fernando Roberto de Amorim Filho
Nº da Carteirinha: 2.11.7214
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 15/06/2006 | **Nº da Guia:** 12030.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/07/2023	11:36:18	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Aluno estava jogando futebol, e colidiu com o amigo, onde caiu ao chão e bateu o joelho

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fabíola	(41) 3325-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabíola	23/06/2023

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 para consulta eletiva, agendada para o dia 01/08/2023 às 13h50, com Dr. João Elias.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Ass.:

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

MBULATORIO
MBULATORIOS

JOICE.OLIVEIRA
01/08/2023 13:57:41

endimento: 1339840 Data do Atendimento: 01/08/2023
ontuário: 999135 Nome: FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO
xo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 15/06/2006
G: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
lefone:
ua: LUIZ BUGALSKI Numero 99 CEP: 83507590
irro: JARDIM MARIZE Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
onvênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117214
édico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA CRM: 036997
esponsável: ALINE CRISTINA PIRES Parentesco: MAE

- O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará sponsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.

- Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e rincipal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido atamento, desde que ***NÃO*** cobertos pelo convênio, independente do motivo.

- Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV,** bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem spectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, PME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos s procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) a equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até ua saída do hospital.

- Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.

- 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 ébito/crédito.
.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

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

- O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de ébito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito **(SCPC), SERASA,** u qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e orreção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

- Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social NSS)**.

- Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

0 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1339840 **Prontuário:** 999135 **SAME:** **Hora Atend:** 13:55 **Data Atend:**01/08/2023
Paciente..... : FERNANDO ROBERTO DE AMORIM FILHO **Idade:** 17 a
Endereço..... : LUIZ BUGALSKI
Bairro..... : JARDIM MARIZE **UF..:** PR **CEP:** 83507590
Cidade..... :ALMIRANTE TAMANDARE **Plano...:** UNICO
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal.....: M235 - INSTABILIDADE CRONICA DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/08/2023 **Hora Saída :** 13:57

Prestador da Evolução Médica: 1759 JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

HDA
Rotura de lca À direita.

EXAME FISICO
instabilidade clínica.
RM - rotura completa de LCA

DIAGNOSTICO - HISTORICO
lesão de LCA

TRATAMENTO
Indicação cirúrgica - encaminho para ambulatório do joelho.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA