

Atendimento: 1220482 - GABRIEL DE ALMEIDA E SILVA Lote: 1448259 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL DE ALMEIDA E SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2115276 Validade.: 31/12/2022 Titular...: GABRIEL DE ALMEIDA E SILVA
: ABILIO PEIXOTO

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
Total da Conta:						30,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/06/2022	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64
Total Geral:					30,64

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel de Almeida e Silva
Nº da Carteira: 2.11.5276
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 18/09/2008

Nº da Guia: 6552.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/06/2022	09:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita

Descrição
O aluno estava na aula de Educação Física, brincando de futsal, estava no gol e outro chutou a bola, foi defender e bateu na mão direita, ocasionando uma torção.

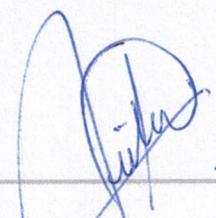
Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Philippe Santhiago	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marsele Camargo - Orientadora	10/06/2022

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 pedido médico, retorno em 22/06/2022.

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


Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

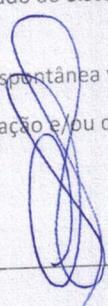
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

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
AMBULATORIOS

Atendimento: 1220482 Data do Atendimento: 22/06/2022
Prontuário: 979595 Nome: GABRIEL DE ALMEIDA E SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 18/09/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 298 CEP: 80035260
Rua: ABILIO PEIXOTO Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: CABRAL Matricula: 2115276
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI
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, a 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..... : 1220482 **Prontuário:** 979595 **SAME:** **Hora Atend:** 14:18 **Data Atend:** 22/06/2022
Paciente..... : GABRIEL DE ALMEIDA E SILVA **Idade:** 13 a
Endereço..... : ABILIO PEIXOTO
Bairro..... : CABRAL
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80035260
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO ESPECIALISTA
Data Saída..... : 22/06/2022 **Hora Saída :** 15:12

Prestador da Evolução Médica: 1781 **HELOISA ZIMMERMANN FAGGION**

HDA

HDA - 10/06 - TRAUMA DIRETO - FX RADIO DISTAL A DIREITA, TRAÇO COMPLETO
ATENDIMENTO EM PS, TTO CONSERVADOR COM TALA ANTEBRAQUIOPALMAR
15/6 - mantendo redução - trocado por gesso antebraquiopalmar

EXAME FISICO

GESSO EM BOM ESTADO
RX: MANTENDO REDUÇÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX RD EM CONSOLIDAÇÃO

TRATAMENTO

MENTENHO GESSO
RETORNO EM 2 SEM PARA RETIRADA

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA