

Atendimento: 1534368 - GABRIEL SANTOS FONSECA Lote: 1938138 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL SANTOS FONSECA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 25890001 Validade.:10/04/2025
Senha.....: 25890001 Autoriz.:10/04/2025
Carteira.: 2792448 Validade.: 12/12/2026 Titular....: GABRIEL SANTOS FONSECA
: ADIR PEDROSO

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	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/04/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

Atendimento: 1534368 Data do Atendimento: 10/04/2025
Prontuário: 989470 Nome: GABRIEL SANTOS FONSECA
Sexo: MASCULINO Idade: 3 Data de Nascimento: 15/09/2021
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998673470
Rua: ADIR PEDROSO Numero 777 CEP: 83065110
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792448
Médico: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI CRM: 20957
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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **25890001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal															
4 - Data de Autorização 10/04/2025		5 - Senha 25890001		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25890001											
Dados do Beneficiário				12 - Atendimento a RN N													
8 - Número da Carteira 2792448		9 - Validade da Carteira 12/12/2026		10 - Nome GABRIEL SANTOS FONSECA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
13 - Código da Operadora 76530518000107		15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				23 - Indicação Clínica - FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1													
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 10/04/2025		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.													
Dados do Contratado Executante				31 - Código CNES 3005585													
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		32 - Tipo Atendimento 04								33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
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 10/04/2025 17:51 17:51 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00																	
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				58 - Observação / Justificativa													
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /				2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 80.00					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO.001

Aluno: Gabriel Santos Fonseca
Nº da Carteira: 2.79.2448
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 15/09/2021

Nº da Guia: 25890.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/04/2025	17:57:25	Playground (Ex.: parquinho)	Horário do parquinho

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

O Gabriel estava no parquinho quando caiu e bateu o cotovelo esquerdo no chão. Consequentemente ele sente dor no local.

Testemunha da ocorrência

Prof Eliane

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Rogério

Data

31/03/2025

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

O Gabriel precisa de uma consulta de retorno, a pedido do médico.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rogério Pereira De Santana

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:
(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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 25890001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2792448	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GABRIEL SANTOS FONSECA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a PS
-----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE EMRICH ZANETTI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20957	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 10/04/2025	23 - Indicação Clínica - FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)
27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 0	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref	49 - Gr Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	56 - Código CBO
55 - Data de Realização de Procedimento em Série							
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	59 - Assinatura do Profissional	60 - Assinatura do Profissional	61 - Assinatura do Profissional	62 - Assinatura do Profissional	63 - Assinatura do Profissional	64 - Assinatura do Profissional	65 - Assinatura do Profissional

**

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1534368 **Prontuário:** 989470 **SAME:** **Hora Atend:** 17:51 **Data Atend:** 10/04/2025
Paciente..... : GABRIEL SANTOS FONSECA **Idade:** 3 a
Endereço..... : ADIR PEDROSO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/04/2025 **Hora Saída :** 18:04
Prestador da Evolução Médica: 1765 **ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

HDA

- FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1

EXAME FISICO

- gesso ok

DIAGNOSTICO - HISTORICO

- FX SUPRACONDILIANA GARTLAND 1 ... há 10 dias

TRATAMENTO

1. Consulta
2. Orientações gerais - RETORNO DIA 22/04/25 para retirar gesso + RX controle
3. Acompanhamento ambulatorial
4. Retorno ao PS s/n

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alexandre E. Zanetti
MEDICO ORTOPEDISTA
CRM-PR 20.957 - RQE 14.620
TEOT 10.463 SSBOT