

Atendimento: 1212024 - GEOVANNA FELIX JOHNSON Lote: 1435142 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GEOVANNA FELIX JOHNSON
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK / 16145
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 000 Validade.: 31/12/2022 Titular....: GEOVANNA FELIX JOHNSON
: MANOEL ARISTIDES DE FARIAS

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						108,00

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO IVAN ROBERTO WAGNER PANCH - 16145 01980019916	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 108,00



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 4053498

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização	5 - Série	6 - Data de Validade da Série										
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome GEOVANNA FELIX JOHNSON	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde						12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA									
15 - Nome do Profissional Solicitante IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16145	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 23/05/2022	23 - Indicação Clínica 12 DIAS								
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.								
Dados do Contratado Executante												
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585						
Dados do Atendimento												
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 1 23/05/2022 15:49 15:49 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -												
58 - Observação / Justificativa												
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00		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\$) 108.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado										



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Referenciada 4053498

3 - Código na Operadora 76530518000107
4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
5 - Código CNES 3005585

Despesas Realizadas												
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$		
17-	Registro ANVISA do Material		18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento			
2 -	07	23/05/2022	16:10:00	a	16:10:00	18	60023236					
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA												
						1	036	1.00	43.00	43.00		

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	0.00	0.00	43.00	0.00	43.00

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO.JUNIOR
23/05/2022 15:54:43

Atendimento: 1212024 Data do Atendimento: 23/05/2022
Prontuário: 978062 Nome: GEOVANNA FELIX JOHNSON
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 30/03/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MANOEL ARISTIDES DE FARIAS Numero 492 CEP: 82650390
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000
Médico: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK CRM: 16145
Responsável: ELISANGELA FELIX JOHNSON Parentesco: MAE

- 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Geovanna Felix Johnson
Nº da Carteira: 3.6.7924
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 30/03/2012

Nº da Guia: 6131.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/05/2022	15:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

Descrição

Estava em atividade pisou na bola escorregou e caiu sobre o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elian Coordenador	11/05/2022

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

Motivo do Retorno

Ass.: _____

Elian Kelvin dos Santos

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1212024 **Prontuário:** 978062 **SAME:** **Hora Atend:** 15:49 **Data Atend:** 23/05/2022
Paciente..... : GEOVANNA FELIX JOHNSON **Idade:** 10 a
Endereço..... : MANOEL ARISTIDES DE FARIAS
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82650390
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 23/05/2022 **Hora Saída :** 16:17

Prestador da Evolução Médica: 29 IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK

HDA
12 DIAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRACONTUSÃO DE PUNHO

IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK / 16145
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1374261 DATA: 23/05/2022 16:10
USUÁRIO....: IVAN.PANCHENIAK
ATENDIMENTO: 1212024 DT NASC: 30/03/2012 (10A 1M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 978062 - GEOVANNA FELIX JOHNSON
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/05/2022 15:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1212024

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[23/05] . 16:10
	-> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				

IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK

CRM: 16145

Período de 23/05/2022 a 23/05/2022

Atendimento: **1212024 GEOVANNA FELIX JOHNSON**

Nascimento: 30/03/2012

Mãe: ELISANGELA FELIX JONHSON

Internação: 23/05/2022 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK

Evolução/Anotação: 00570337

Data: 23/05/2022

Hora: 16:16

CRIANÇA COM OS PAIS ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA
REALIZADO RETIRADA DE TALA CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

Marinês F. da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN 00347277

0153 MARINES DE FARIA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 347277