

Atendimento: 1381433 - GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSEKI Lote: 1700279 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSEKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 14863001 Validade.:19/12/2023
Senha.....: 14863001 Autoriz.:19/12/2023
Carteira.: 279753 Validade.: 30/12/2023 Titular....: GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSEKI
: TEREZA CAETANO DE LIMA

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
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/12/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/12/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1381433 Data do Atendimento: 08/12/2023
Prontuário: 1007537 Nome: GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSKI
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 08/04/2008
G: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998312931
Mãe: TEREZA CAETANO DE LIMA Numero 1187 CEP: 83050130
Pai: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 279753
Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON CRM: 35267
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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Guilherme Pereira Rodrigues Negoseki
Nº da Carteira: 2.79.753
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 08/04/2008

Nº da Guia: 14863.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/12/2023	17:28:47	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno estava jogando futsal e acabou torcendo o pé. Consequentemente está inchado, não consegue firmar o pé no chão e com muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Helio	28/11/2023

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

Autorização para consulta com especialista, no Hospital XV.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

PRESCRIÇÃO.: 1567818 DATA: 08/12/2023 16:06
USUÁRIO.....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1381433 DT NASC: 08/04/2008 (15A 8M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1007537 - GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSEKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/12/2023 16:04 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1381433

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1381433 Prontuário: 1007537 SAME: Hora Atend: 16:04 Data Atend:08/12/2023
Paciente..... : GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSKI Idade: 15 a
Endereço..... : TEREZA CAETANO DE LIMA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83050130
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/12/2023 Hora Saída : 16:52
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

HDA

HX DE FRATURA DE ML A ESQ HÁ 7 DIAS.
MANTENDO DORES E IMOBILIZAÇÃO LOCAL COM TALA BOTA.

RX COM POSICIONAMENTO LIMITROFE PARA ACEITE DE TTO CONSERVADOR

P# ORIENTO RETORNO EM 2 SEMANAS
ORIENTO CUIDADOS.

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1381433

Pedido.....:

Paciente.....: GUILHERME PEREIRA RODRIGUES NEGOSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

Data do Exame.: 08/12/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame de controle em aparelho gessado.

11 de Dezembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149