

Atendimento: 1415180 - HEITOR BONILHA Lote: 1753526 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HEITOR BONILHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia..... 121516 Validade.:03/04/2024
Senha..... 121516 Autoriz.:03/04/2024
Carteira.: 2377360 Validade.: 01/02/2028 Titular.: HEITOR BONILHA
: MARIA LUIZA BRUEL

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

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/03/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 121516

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autuação
03/04/2024

5 - Senha

121516

6 - Data de Validade da Senha

121516

8 - Número da Carteira
2377360

9 - Validade da Carteira
01/02/2028

10 - Nome
HEITOR BONILHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
FERNANDO FERRAZ FARIA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
26600

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
03/04/2024

23 - Indicação Clínica
mae refere que pacinete apresenta entorses de repeticao

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acedente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final
1 26/03/2024 12:07 12:07 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1601012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HOSPÍTIO HOMAL OU PRÉ

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 Siete 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinas (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 121516

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nº Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 2377360		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome HEITOR BONILHA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 76530518000107	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO FERRAZ FARIA	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 26600	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 03/04/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 22	
26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou prestebelecido)		27 - Q1 Solic 1	
28 - Q1 Autoriz 0		29 - Código do Procedimento 10101012	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou dolente (relatadora))	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - H: Inicial 38 - H: Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Cite 43 - Via 44 - Toc 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
Dados da Exatidão / Procedimentos e Exatidão Realizada			
50 - Código na OperadoraCPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO			
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPMs (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Médicos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Contratado			
70 - Assinatura do Contratado			
71 - Assinatura do Contratado			
72 - Assinatura do Contratado			
73 - Assinatura do Contratado			
74 - Assinatura do Contratado			
75 - Assinatura do Contratado			
76 - Assinatura do Contratado			
77 - Assinatura do Contratado			
78 - Assinatura do Contratado			
79 - Assinatura do Contratado			
80 - Assinatura do Contratado			
81 - Assinatura do Contratado			
82 - Assinatura do Contratado			
83 - Assinatura do Contratado			
84 - Assinatura do Contratado			
85 - Assinatura do Contratado			
86 - Assinatura do Contratado			
87 - Assinatura do Contratado			
88 - Assinatura do Contratado			
89 - Assinatura do Contratado			
90 - Assinatura do Contratado			
91 - Assinatura do Contratado			
92 - Assinatura do Contratado			
93 - Assinatura do Contratado			
94 - Assinatura do Contratado			
95 - Assinatura do Contratado			
96 - Assinatura do Contratado			
97 - Assinatura do Contratado			
98 - Assinatura do Contratado			
99 - Assinatura do Contratado			
100 - Assinatura do Contratado			

Ingresso por: FRANCIELE DEZUO

Datahora: 03/04/2024 15:32:33

Contratado

Atendimento: 1415180

Contratado: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Heitor Bonilha

Nº da Carteira: 2.37.7360

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 10/11/2015

Nº da Guia: 16170.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/03/2024	11:31:48	Na área do contra turno	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava correndo, pisou em falso e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

O aluno precisou fazer um exame de ressonância.

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSTAINA MACIEL
28/03/2024 12:09:58

Atendimento: 1415180 Data do Atendimento: 28/03/2024
Prontuário: 1006406 Nome: HEITOR BONILHA
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 10/11/2015
RG: 160126256 CPF: 15454861901 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999057459
Rua: MARIA LUIZA BRUEL Numero 68 CEP: 82950230
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377360
Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA CRM: 26600
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1415180	Prontuário: 1006406	SAME:	Hora Atend: 12:07	Data Atend: 28/03/2024
Paciente.....	: HEITOR BONILHA			Idade: 8 a	
Endereço.....	: MARIA LUIZA BRUEL				
Bairro.....	: CAJURU				
Cidade.....	: CURITIBA			UF.: PR	CEP: 82950230
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal.....	: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 28/03/2024			Hora Saída : 12:17	
Prestador da Evolução Médica: 1635 FERNANDO FERRAZ FARIA					

HDA

mãe refere que pacinete apresenta entorses de repetição

EXAME FISICO

tornozelos sem edema. sem dor a palpação, RNM com lesão ligamentar

TRATAMENTO

oriento fst, retorno apos

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA