

Atendimento: 1216623 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1442349 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...: Plano.....: UNICO
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: Validade...:
Senha.....: Autoriz...:
Carteira...: 367932 Validade.: 31/12/2022 Titular...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
: TOMMASO CAMPANELLA

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
08/06/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
08/06/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4053561

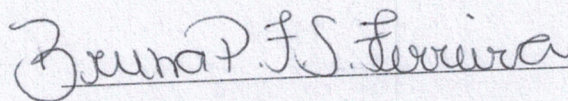
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Número da Carteira 367932		31/12/2022		JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código da Operadora 76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		18 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06		19 - Código CBO 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
21 - Caráter do Atendimento 1		08/06/2022		FRAT DE POLEGAR DIR DIA 28/04/22. VEIO AO PLANTAO DIA 29/04. TTO CONSERVADOR.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585			
Dados do Contratado Executante		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
29 - Código na Operadora 76530518000107		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 08/06/2022 09:39 09:39 2 08/06/2022 09:49 09:49		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 30.64			
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				95.64	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
0.00		0.00		0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
0.00		0.00		95.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1216623 Data do Atendimento: 08/06/2022
Prontuário: 977392 Nome: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 27/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 62 CEP: 82700460
Rua: TOMMASO CAMPANELLA UF: PR
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367932
Médico: KARLA MULLER CARVALHO CRM: 14115
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, at 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: João Gabriel Felix Ferreira

Nº da Carteira: 3.6.7932

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 27/05/2008

Nº da Guia: 5955.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/04/2022	11:36:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno se machucou na aula, porém não procurou atendimento na hora mãe entrou em contato comunicando relatou que teve inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elían (Coordenador)	(41) 3051-8620

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216623 Prontuário: 977392 SAME:
Paciente..... : JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Endereço..... : TOMMASO CAMPANELLA
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/06/2022

Hora Atend: 09:39 Data Atend: 08/06/2022
Idade: 14 a

UF...: PR CEP: 82700460
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:36

Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO

HDA

FRAT DE POLEGAR DIR DIA 28/04/22. VEIO AO PLANTÃO DIA 29/04.
TTO CONSERVADOR.

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADE
SEM DOR à PALP
RX- FRAT CONSOLIDADA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE POLEGAR

TRATAMENTO

FICA LIVRE
FISIO
RX EM 6M

Dra. Karla Müller
Ortopedia
CRM-PR 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1216623
Pedido.....: 679387
Paciente.....: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO
Data do Exame.: 08/06/2022

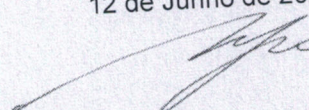
RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do polegar.

12 de Junho de 20


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZA
CRM 27