

Atendimento: 1216693 - KAUA FREITAS DA COSTA Lote: 1442460 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: KAUA FREITAS DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 1216693 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 0000 Validade.: Titular.: KAUA FREITAS DA COSTA
: - ATE 1194/1195 SILVA JARDIM

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 4053580

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Semia	
6 - Data de Validade da Guia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Beneficiário 0000		9 - Validade da Carteira KAUA FREITAS DA COSTA	
10 - Nome KAUA FREITAS DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Atendimento a RN			
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 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/06/2022	
23 - Indicação Clínica - Dor no joelho Esquerdo ... queda de mesmo nível, correndo, trauma direto - hoje		24 - Código do Procedimento 25 - Descrição 26 - Descrição	
27 - QI Solic. 28 - QI 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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/06/2022 11:28 11:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sd. 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 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____		2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 10 - ____/____/____	
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 OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 65.00		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			



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

2 - Nº Guia no Prestador 1216693

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome KAUA FREITAS DA COSTA	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 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 2	22 - Data da Solicitação 08/06/2022	23 - Indicação Clínica					

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1
				0

Dados do Contrato Executado	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contrato HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005685
-----------------------------	--------------------------	---	-----------------------------

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red. / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador/CPF	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	5 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
--	--	--

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIE (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				



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

2 - Nº Guia no Prestador 1216693

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Semana 6 - Data Validade da Semana 7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome KAUA FREITAS DA COSTA 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assinatura 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

Dados do Contratado Executante 29 - Código da Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES 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 Exams Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Cida 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) 48 - Seq. Red 49 - Cr. Part 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

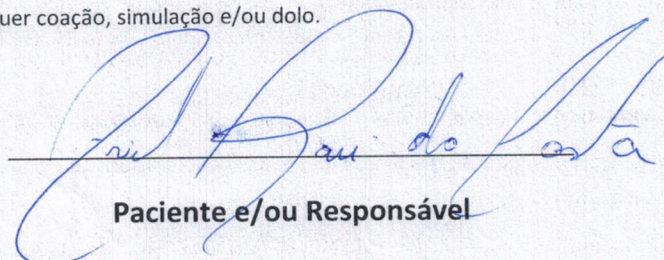
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPNIE (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.DORES
08/06/2022 11:31:32

Atendimento: 1216693 Data do Atendimento: 08/06/2022
Prontuário: 979503 Nome: KAUA FREITAS DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 08/12/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 981069039
Rua: - ATE 1194/1195 SILVA JARDIM Numero 497 CEP: 80230000
Bairro: REBOUCAS Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI CRM: 20957
Responsável: ARIEL RIBEIRO FREITAS Parentesco: PAI

- 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 ATENDIMENTO

Aluno: Kaua Freitas da Costa
Nº da Carteirinha: 2.11.7665
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 08/12/2011

Nº da Guia: 6511



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/06/2022	07:30:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava correndo e trombou com um colega, acabou caindo e batendo o joelho esquerdo no chão. O aluno está se queixando de dor ao firmar a perna.

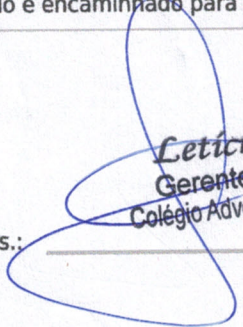
Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago Rocha de Oliveira	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago Rocha de Oliveira	08/06/2022

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

Observações

O aluno foi prontamente atendido e encaminhado para coordenação. Entramos em contato com os familiares.

Ass.: 
Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro
Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA NILO PEÇANHA N.º 501
BOM RETIRO - CEP 80520-000

L CURITIBA - PR

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216693 Prontuário: 979503 SAME: 979503 Hora Atend: 11:28 Data Atend: 08/06/2022
Paciente..... : KAUÁ FREITAS DA COSTA Idade: 10 a
Endereço..... : - ATE 1194/1195 SILVA JARDIM
Bairro..... : REBOUCAS UF...: PR CEP: 80230000
Cidade..... : CURITIBA Plano...: UNICO
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NÃO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/06/2022 Hora Saída : 12:04

Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

HDA

- Dor no joelho Esquerdo
- ... queda de mesmo nível, correndo, trauma direito - hoje

EXAME FÍSICO

- LCA com PD
- ... mobilidade ampla / dor medial joelho Esquerdo

DIAGNOSTICO

- Entorse joelho E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

- Entorse joelho E

TRATAMENTO

1. Consulta
2. Orientações gerais
3. Profenid gotas
4. Retorno s/n

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA