

Atendimento: 1291437 - LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS Lote: 1558821 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345  
Guia.....: 9695 Validade.:27/02/2023  
Senha.....: 9695 Autoriz.:27/02/2023  
Carteira...: 3302949 Validade.: 31/12/2023 Titular...: LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS  
: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO

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 |
|--------------|---------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 27/02/2023   | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>MARCOS SATO - 11345 71710590904 | UND<br>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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 9695

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                 | 3 - Número da Guia Principal                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 4 - Data de Autorização<br>27/02/2023                                                                                                                                                                                      | 5 - Senha<br>9695                                                | 6 - Data de Validade da Sentença<br>9695                                                              | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>9695                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>3302949                                                                                                                                                                                          |                                                                  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                                                | 10 - Nome<br>LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS                                                         |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                                                                                                                                               |                                                                  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                            |                                                                                                 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 |                                                                  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                           |                                                                                                 |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARCOS SATO                                                                                                                                                                       |                                                                  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                      | 17 - Número no Conselho<br>11345                                                                |
| 18 - UF<br>41                                                                                                                                                                                                              |                                                                  | 19 - Código CBO<br>225270                                                                             | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                     |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                          | 22 - Data da Solicitação<br>27/02/2023                           | 23 - Indicação Clínica<br>DOR EM PE DIREITO                                                           | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição<br>27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz. |
| Dados do Contratado                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      | 31 - Código CNES<br>3005585                                                                           |                                                                                                 |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2 | 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<br>1 27/02/2023 11:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                                                        |                                                                  | 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 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                                                                                                                           |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado                                                                                               |                                                                  |                                                                                                       |                                                                                                 |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Pinto Moura de Lemos

**Nº da Carteirinha:** 3.30.2949

**Instituição:** Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

**Data de Nascimento:** 07/03/2014

**Nº da Guia:** 9695



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 27/02/2023         | 10:18:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo               |
|-----------------|-------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Tornozelo Direito |

| Descrição                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluno estava em aula de educação física, torceu o pé direito e não consegue apoiar o pé no chão, pois relata que esta com muita dor. Foi prestado o primeiro atendimento e orientado a procurar a emergência para avaliação mais profunda. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Alexsandro Prim          | (41) 98474-1292 |
| Edmara Braga Vieira      | (41)99959-9943  |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Janaina Torres Ferreira Xavier  | 27/02/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pelo monitor Alexsandro, informamos a coordenadora Janaína que também avaliou o local machucado. Em seguida foi avisado a mãe Naiciara e passado as informações sobre o atendimento. |

Ass.:

Ariane Ribeiro Ireno Schaffer

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1291437

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3302949

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76630518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 27/02/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1

25 - Código do Procedimento 22

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 1

28 - Qt. Autoriz. 0

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença (relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 CPME (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

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

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

Impresso por FERNANDA HERZ

Data/Hora 27/02/2023 11:46:10

Contato: 0

Atendimento: 1291437

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 1291437

Folha: 1 / 1

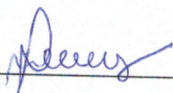
|                                                           |                                                                                                        |                                              |                                             |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                     | 3 - Nr. Guia Principal                                                                                 |                                              |                                             |
| 4 - Data de Autorização                                   | 5 - Senha                                                                                              | 6 - Data Validade da Senha                   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 8 - Número da Carteira<br>3302949                         |                                                                                                        | 9 - Validade da Carteira                     | 10 - Nome<br>LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS     |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                   |                                                                                                        | 12 - Atendimento a RN<br>N                   |                                             |
| Dados do Solicitante                                      |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                            |                                              |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA      | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                       | 17 - Número no Conselho<br>0000              | 18 - UF<br>41                               |
| 19 - Código CBO                                           | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Marcos Sato<br>CRM 1291437<br>Ortopedia e Traumatologia |                                              |                                             |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                         | 22 - Data da Solicitação<br>27/02/2023                                                                 | 23 - Indicação Clínica                       |                                             |
| 24 - Tabela<br>1                                          | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>22 10101039                                        | 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro | 27 - Qt. Solic.<br>1                        |
|                                                           |                                                                                                        |                                              | 28 - Qt. Autoriz.<br>0                      |
| Dados do Contratado Executante                            |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 29 - Código na Operadora                                  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                            | 31 - Código CNES<br>3005585                  |                                             |
| 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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados     |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 36 - Data                                                 | 37 - Hr. Inicial                                                                                       | 38 - Hr. Final                               | 39 - Tabela                                 |
| 40 - Código do Procedimento                               | 41 - Descrição                                                                                         | 42 - Qtd.                                    | 43 - Via                                    |
| 44 - Téc.                                                 | 45 - % Red. / Acresc.                                                                                  | 46 - Valor Unitário (R\$)                    | 47 - Valor Total (R\$)                      |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)        |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 48 - Seq. Ref.                                            | 49 - Gr. Pat.                                                                                          | 50 - Código na operadora/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          |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 1 -                                                       | 2 -                                                                                                    | 3 -                                          | 4 -                                         |
| 5 -                                                       | 6 -                                                                                                    | 7 -                                          | 8 -                                         |
| 9 -                                                       | 10 -                                                                                                   | 11 -                                         | 12 -                                        |
| 58 - Observação / Justificativa                           |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                            |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                      |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 61 - Total Taxas de Materiais (R\$)                       |                                                                                                        |                                              |                                             |
| 62 - Total de OPME (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                             |                                                                                                        |                                              |                                             |

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ  
27/02/2023 11:45:27

Atendimento: 1291437 Data do Atendimento: 27/02/2023  
Prontuário: 992471 Nome: LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS  
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 07/03/2014  
RG: CPF: 13204628981 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO Numero 260 CEP: 80820370  
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302949  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: ALINE MOURA DE LEMOS SOARES Parentesco: TIO (A)

- 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..... : 1291437    **Prontuário:** 992471    **SAME:** 992471    **Hora Atend:** 11:40    **Data Atend:** 27/02/2023  
**Paciente.....** : LUCAS PINTO MOURA DE LEMOS  
**Endereço.....** : MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO  
**Bairro.....** : VISTA ALEGRE  
**Cidade.....** : CURITIBA  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 80820370  
**CID Principal.....** : M658 - OUTRAS SINOVITES E TENOSSINOVITES  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 27/02/2023    **Hora Saída :** 12:10  
**Prestador da Evolução Médica:** 4    **MARCOS SATO**

**HDA**

DOR EM PE DIREITO

**EXAME FISICO**

DOR EM FACE POSTERIOR E PLANTAR

**DIAGNOSTICO**

TENDINITE EM PE

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

TENDINITE EM PE

**TRATAMENTO**

ORIENTAÇÃO

Marcos Sato  
CRM 11345  
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA