

Atendimento: 1297150 - LUIS CARLOS PEREIRA Lote: 1567690 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIS CARLOS PEREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 9964001 Validade.:01/04/2023
Senha.....: 9964001 Autoriz.:01/04/2023
Carteira.: 2782038 Validade.: 30/12/2023 Titular....: LUIS CARLOS PEREIRA
: SANTA CANDIDA DE

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
16/03/2023	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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 9964001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 9964001	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9964001	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 01/04/2023	5 - Senha 9964001	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome LUIS CARLOS PEREIRA		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2782038	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome LUIS CARLOS PEREIRA	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 26600	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Cartão do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 01/04/2023	23 - Indicação Clínica entorse tornozelo E			
24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento 28 - Descrição	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
Dados do Contratado					
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 16/03/2023 12:19 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 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 - 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 Saúde 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 Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 65.00					66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Luis Carlos Pereira
Nº da Carteira: 2.78.2038
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 02/08/2013

Nº da Guia: 9964.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
16/03/2023	12:27:09	Estacionamento	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Estava na saída no estacionamento e pisou em falso e torceu o pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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

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
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
16/03/2023 12:30:27

Atendimento: 1297150 Data do Atendimento: 16/03/2023
Prontuário: 993004 Nome: LUIS CARLOS PEREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 02/08/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996446277

Rua: SANTA CANDIDA DE Numero 544 CEP: 82630490
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782038
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..... : 1297150 **Prontuário:** 993004 **SAME:** **Hora Atend:** 12:19 **Data Atend:** 16/03/2023
Paciente..... : LUIS CARLOS PEREIRA **Idade:** 9 a
Endereço..... : SANTA CANDIDA DE
Bairro..... : SANTA CANDIDA **UF..:** PR **CEP:** 82630490
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 12:36
Data Saída..... : 16/03/2023
Prestador da Evolução Médica: 1635 **FERNANDO FERRAZ FARIA**

HDA

entorse tornozelo E

EXAME FISICO

rx sem alterações aparentes

TRATAMENTO

orientações, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA