

Atendimento: 1360894 - MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA Lote: 1668098 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK / 16145
Guia.....: 13576001 Validade.:18/10/2023
Senha.....: 13576001 Autoriz.:18/10/2023
Carteira.: 2782123 Validade.: 31/12/2024 Titular...: MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA
: CLEMENTE ITSYO HORIKOSHI

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/10/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO IVAN ROBERTO WAGNER PANCH - 16145 01980019916	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13576001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal					
4 - Data de Autorização 18/10/2023	5 - Senha 13576001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13576001			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2782123	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA	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 IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 16145	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 18/10/2023	23 - Indicação Clínica 10 DIAS POS LESAO DE 5 QR				
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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 3005685			
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 05/10/2023 09:33 09:33 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HOPARTO NORMAL OU FREE		42 - Qrde. 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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 - _____ 2 - _____		3 - _____ 4 - _____		5 - _____ 6 - _____		
7 - _____ 8 - _____		9 - _____ 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 Medicinas (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: Maria Eduarda Lucas Monteiro Ferreira

Nº da Carteira: 2.78.2123

Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 14/09/2010

Nº da Guia: 13576.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/10/2023	15:30:54	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava na Educação Física, jogando basquete, quando foi bater na bola, virou o dedo para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Carmem	26/09/2023

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.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

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
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
05/10/2023 09:35:15

Atendimento: 1360894 Data do Atendimento: 05/10/2023
Prontuário: 1004119 Nome: MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 14/09/2010
RG: 284631579 CPF: 16131953708 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: CLEMENTE ITSYO HORIKOSHI Numero 169 CEP: 83326650
Bairro: JARDIM DONA CARMEM Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782123
Médico: IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK CRM: 16145
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..... : 1360894 **Prontuário:** 1004119 **SAME:** **Hora Atend:** 09:33 **Data Atend:** 05/10/2023
Paciente..... : MARIA EDUARDA LUCAS MONTEIRO FERREIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : CLEMENTE ITSYO HORIKOSHI
Bairro..... : JARDIM DONA CARMEM
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83326650
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/10/2023 **Hora Saída :** 10:12

Prestador da Evolução Médica: 29 IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK

HDA

10 DIAS POS LESÃO DE 5 QR

EXAME FISICO

BOA ADM SEM DOR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO LIGAMENTAR

TRATAMENTO

ORIENTO

IVAN ROBERTO WAGNER PANCHENIAK / 16145
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA