

Atendimento: 1253302 - RODRIGO BARBOSA FERNANDES Lote: 1499367 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira...: 2791094 Validade.: 30/12/2022 Titular....: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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
14/10/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00

1 - Registro AIS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		

8 - Número da Carteira 2791094	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome RODRIGO BARBOSA FERNANDES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a FN N
-----------------------------------	--	--	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	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
--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	14/10/2022	3 meses fratura tibia proximal
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	30 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
04	9
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
1	
31 - Código CNES	
3005585	

Dados da Execução - Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 14/10/2022	10:20	10:20	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO	001			1.0	65,00	65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)
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 do Procedimento em Série _____ 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____

1 - / / _____ 3 - / / _____ 5 - / / _____ 7 - / / _____ 9 - / / _____

2 - / / _____ 4 - / / _____ 6 - / / _____ 8 - / / _____ 10 - / / _____

Observação / Justificativa _____

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Rodrigo Barbosa Fernandes
Nº da Carteirinha: 2.79.1094
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 19/11/2008

Nº da Guia: 6992.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/10/2022	14:27:50	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno Rodrigo estava na aula de Educação Física jogando futsal, e um colega deu um carrinho, e o aluno torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 98464-5489
Marcio	(41) 98464-5489

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson (monitor da Escola)	28/07/2022

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

Retorno dia 14/10

Ass.:

Mauricio Cabeleira
Coordenador Disciplinar

Mauricio Correa Cabeleira

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
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
14/10/2022 10:25:51

Atendimento: 1253302 Data do Atendimento: 14/10/2022
Prontuário: 981991 Nome: RODRIGO BARBOSA FERNANDES
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 19/11/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Numero 2607

CEP: 83065470

Bairro: AFONSO PENA

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791094

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.

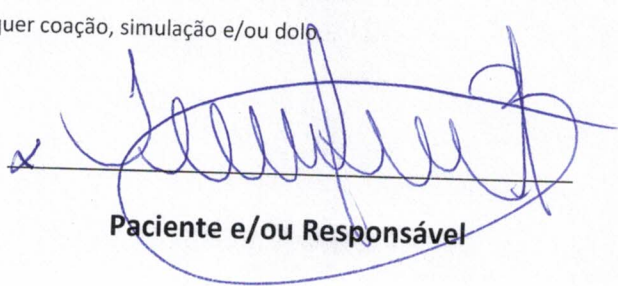
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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