

Agrupamento: **7 - AMBULATÓRIO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **107613** Competência: **03/2025** Entrega: **05/03/2025**

Convênio: **136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nota Fiscal

107613

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
Início	Termo						
13/02/2025	13/02/2025	240390001		1909691	1515840	SARA HADASSA CLIMACO ZAMAMBULATORIOS	35,58
Total : 1							35,58
Total Geral : 1							35,58

Atendimento: 1515840 - SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI Lote: 1909691 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 240390001 Validade.:13/02/2025
Senha.....: 240390001 Autoriz.:13/02/2025
Carteira.: Validade.: Titular.:
: SAO JOSE MARIA ESCRIVA

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
Total da Conta:						35,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/02/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58
Total Geral:					35,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **240390001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/02/2025		5 - Senha 240390001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 240390001	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791795		9 - Validade da Carteira 05/02/2026	
10 - Nome SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI		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 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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 13/02/2025	
23 - Indicação Clínica 1 semana fratura tornozelo D			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data a 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 13/02/2025 11:30 11:30 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 35.58 35.58	
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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /		2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 35.58		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\$) 35.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AMBULATORIO
AMBULATORIOSKETLIN.SANTOS
18/02/2025 08:04:23

Atendimento: 1515840 Data do Atendimento: 13/02/2025
Prontuário: 1035094 Nome: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 25/01/2013
RG: CPF: 15931652930 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999161198

Rua: RUA SAO JOSEMARIA ESCRIVA

Numero 700

CEP: 83085344

Bairro: COLONIA MURICI

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27791795

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..... : 1515840 **Prontuário:** 1035094 **SAME:** **Hora Atend:** 11:25 **Data Atend:**13/02/2025
Paciente..... : SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA SAO JOSEMARIA ESCRIVA
Bairro..... : COLONIA MURICI
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83085344
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/02/2025 **Hora Saída :** 11:40

Prestador da Evolução Médica: 1635 FERNANDO FERRAZ FARIA
--

HDA

1 semana fratura tornozelo D

EXAME FISICO

rx com fratura alinhada

TRATAMENTO

orientações, retorno em 3 semanas para reavaliar

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1717243 DATA: 13/02/2025 11:29
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1515840 DT NASC: 25/01/2013 (12A 0M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035094 - SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/02/2025 11:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIARubrica do
Médico***1515840*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1515840
Pedido.....: 858955
Paciente.....: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA
Data do Exame.: 13/02/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo realizado em aparelho gessado.

18 de Fevereiro de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639