

Atendimento: 1222465 - VICTOR BERBERI DE LARA Lote: 1451225 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VICTOR BERBERI DE LARA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 0000 Validade.: Titular....: VICTOR BERBERI DE LARA
: ODAIR PAZELLO

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
29/06/2022	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Victor Berberi de Lara
Nº da Carteira: 2.11.6826
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 18/05/2007

Nº da Guia: 6690.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/06/2022	15:50:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava no intervalo jogando vôlei com os colegas e torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência

Monitor Eric

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Eric

Data

22/06/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico em 29/06/2022 para avaliação.

Ass.: _____

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro
Leticia Vieira Pinto

x *Samuel*

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA NILO PEÇANHA N.º 501
BOM RETIRO - CEP 80520-000

CURITIBA - PR

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

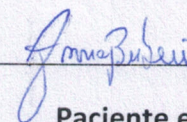
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
29/06/2022 07:42:28

Atendimento: 1222465 Data do Atendimento: 29/06/2022
Prontuário: 927172 Nome: VICTOR BERBERI DE LARA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 18/05/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: ODAIR PAZELLO Numero 561 CEP: 81130080
Bairro: CAPAO RASO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA CRM: 21515
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.

x 

Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1222465 **Prontuário:** 927172 **SAME:** **Hora Atend:** 07:39 **Data Atend:**29/06/2022
Paciente..... : VICTOR BERBERI DE LARA **Idade:** 15 a
Endereço..... : ODAIR PAZELLO
Bairro..... : CAPAO RASO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81130080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/06/2022 **Hora Saída :** 08:59

Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

HDA

trauma torcional em valgo do joelo esq joamdo volwei há 7 dias.
DOR DE PIORA PROGRESSIVA E INCHAÇO
ATENDIDO NO PLANTAO E ORIENTADO JOELEIRA E AINES.

EXAME FISICO

EM USO DE JOELEIRA - DOR PERIPATELAR
EF NO RETORNO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DO JOELHO ESQ- LESAO DO LPFM ? - LESAO DO LCM PARCIAL
RNM - SINASI DE CONTUSAO DA PATELA E PEQ LESAO INTRASSUBSTANCIAL DO MENISCO MEDIAL;
ESTIRAMENTO DO LCM?

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES;MANTER JOELEIRA POR 3 SEMANAS E RETORNO PRA REAV;MEDICAÇÃO SE DOR

Dr. André Almeida da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 21515 - TEOT 10886

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA