

Atendimento: 1304262 - YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT Lote: 1586952 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 10606001 Validade...:24/04/2023
Senha.....: 10606001 Autoriz...:24/04/2023
Carteira...: 2781761 Validade...: 30/06/2023 Titular....: YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT
: PIEN

Plano.....: UNICO

Procedimento:

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
06/04/2023	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



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

2 - Nº Guia no Prestador 10606001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Serinha
10606001

4 - Data de Autorização
24/04/2023

5 - Serinha
10606001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2781761

9 - Validade da Carteira
30/06/2023

10 - Nome
YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
FERNANDO FERRAZ FARIA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
24/04/2023

23 - Indicação Clínica
ENTORSE JOELHO ESQUERDO HA 2 DIAS

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 06/04/2023 09:52 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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 CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicionais (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

AGENDAMENTO DE CONSULTAS

fone: 3218-2002 / 3218-2000 (opção 1)

DE 18:00 SEGUNDA À SEXTA

CO: Fernando F. Faria

DA CONSULTA: 06/04

RA: 10:00

CAL: AMB. ESPECIALIDADES MÉDICAS



Nº da Guia: 10606.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/04/2023	10:52:50	Playground (Ex.: parquinho)	Cama Elástica

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava pulando no pula-pula, caiu e deu um jeito no joelho.

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

Nailson Veras

Coord. Disciplinar

Ass.:

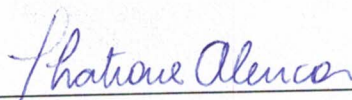
Nailson Veras do Nascimento

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

Atendimento: 1304262 Data do Atendimento: 06/04/2023
Prontuário: 994744 Nome: YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT
Sexo: FEMININO Idade: 5 Data de Nascimento: 19/07/2017
RG: CPF: 13483847944 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991186665
Rua: PIEN Numero 435 CEP: 83325120
Bairro: JARDIM DONA JOAQUINA I Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781761
Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA CRM: 26600
Responsável: THATIANE DE ALENCAR Parentesco: MAE

- 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..... : 1304262 **Prontuário:** 994744 **SAME:**
Paciente..... : YASMIN DE ALENCAR PADOAN LENHARDT
Endereço..... : PIEN
Bairro..... : JARDIM DONA JOAQUINA I
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/04/2023

Hora Atend: 09:52 **Data Atend:** 06/04/2023
Idade: 5 a

UF..: PR **CEP:** 83325120
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:09

Prestador da Evolução Médica: 1635 **FERNANDO FERRAZ FARIA**

HDA
ENTORSE JOELHO ESQUERDO HA 2 DIAS

Página: 1 / 1

Emitido por: MAURICIO JUNIOR
Em: 10/04/2023 15:18

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

EXAME FISICO

ADM LIVRE, EDEMA LOCAL, SEM LESAO LIGAMENTAR, RX NORMAL

Hora Atend: 09:52 **Data Atend:** 06/04/2023
Idade: 5 a

TRATAMENTO

ORIENTO USO DE MULETAS, JOELHEIRA, RETORNO EM 2 SEMANAS PARA REAVALIAR

UF..: PR **CEP:** 83325120
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:09

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Página: 1 / 1

Emitido por: MAURICIO JUNIOR
Em: 10/04/2023 15:18

Hora Atend: 09:52 **Data Atend:** 06/04/2023
Idade: 5 a

UF..: PR **CEP:** 83325120
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:09

Página: 1 / 1

Emitido por: MAURICIO JUNIOR
Em: 10/04/2023 15:18

Hora Atend: 09:52 **Data Atend:** 06/04/2023
Idade: 5 a

UF..: PR **CEP:** 83325120
Plano...: UNICO