

Atendimento: 1489778 - ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO Lote: 1869444 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
Guia.....: 1489778 Validade.:26/11/2024  
Senha.....: 1489778 Autoriz...:26/11/2024  
Carteira...: 2118294 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO  
: RUA PROFESSOR THALES DE SOUZA E SILVA

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

**Resumo da Conta**

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
<b>Total da Conta:</b>						<b>82,88</b>

**TAXAS**

**298 AMBULATORIOS**

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
<b>Total :</b>					<b>47,30</b>

**EXAMES E DIAGNOSTICOS**

**278 RAIOS X**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/11/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

**Total Geral: 82,88**



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

2 - Nº Guia no Prestador 1489778

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 14/11/2024		5 - Senha 1489778		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1489778							
8 - Número da Carteira 2118294		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN 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 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 14/11/2024		23 - Indicação Clínica 4 semanas fratura radio distal E									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição						27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA								31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
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 14/11/2024 09:59 09:59 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 35.58 35.58													
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\$) 47.30		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\$) 82.88	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					



Atendimento: 1489778      Data do Atendimento: 14/11/2024  
Prontuário: 1027969      Nome: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO  
Sexo: MASCULINO      Idade: 7      Data de Nascimento: 13/02/2017  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 927141872

Rua: RUA PROFESSOR THALES DE SOUZA E SILVA      Numero 1171      CEP: 83050180

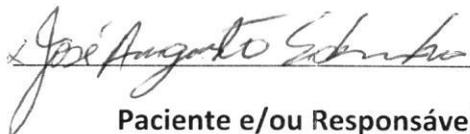
Bairro: PARQUE DA FONTE      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118294

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-qualificação(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-IM/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

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Arthur Prates Ferreira Sobrinho

**Nº da Carteirinha:** 2.11.8294

**Instituição:** Colégio Curitibaano Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 13/02/2017

**Nº da Guia:** 22251.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/11/2024	18:33:25	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex. entre dois alunos)

## Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

## Descrição

O aluno estava brincando de bola, quando bateu de frente com o colega e caiu no chão, sentindo dor imediatamente no punho esquerdo.

## Testemunha da ocorrência

Fabiola

## Telefone

(41) 3225-1920

## Quem prestou primeiros socorros

Jubiel

## Data

18/10/2024

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico 14/11/2024.

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL  
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

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

CURITIBA - PR

Ass.:

Leticia Vieira

**Leticia Vieira**  
Gerente Financeiro  
Colégio Adventista Bom Retiro

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **1489778**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira 2118294	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO	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 14/11/2024	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	10101012 Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1	0

**Dados do Contratado Executante**

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------	---	-----------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

38 - Seq. Ord.	40 - Gr. Prof.	41 - Código da Operadora/CPF	42 - Nome do Profissional	43 - Conselho Profissional	44 - Número do Conselho	45 - UF	46 - Código CBO
----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

*Dr. Fernando Ferraz Faria  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 26.600 / RQE-OT 13203*

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1-	3-	5-	7-	9-
2-	4-	6-	8-	10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>João Augusto Sobrinho</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1688396 DATA: 14/11/2024 09:59  
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ  
ATENDIMENTO: 1489778 DT NASC: 13/02/2017 (7A 9M 5D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1027969 - ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 14/11/2024 09:50 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1489778\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1		PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112					

FERNANDO FERRAZ FARIA  
CRM: 26600

PRESCRIÇÃO.: 1688412 DATA: 14/11/2024 10:31  
 USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ  
 ATENDIMENTO: 1489778 DT NASC: 13/02/2017 (7A 9M 1D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 1027969 - ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 14/11/2024 09:50 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERREAZ FARIA SERVIÇO:  
 UNID. INT...: AMBULATORIO LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1489778\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. RETIRADA DE GESSO- 60022256		1				[14/11]	10:31
-> SERRA PARA GESSO 60022264		1 UNIDADE					

Dr. Fernando Ferraz Faria  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PR 26.600 / ATEOT 13203

FERNANDO FERRAZ FARIA  
 CRM: 26600

Período de 14/11/2024 a 14/11/2024

Atendimento: **1489778 ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO** Nascimento: 13/02/2017  
Mãe: CHARLENE PRATES FERREIRA SOBRINHO  
Internação: 14/11/2024 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00710850

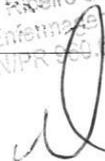
Data: 14/11/2024

Hora: 10:46

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO RETIRADA DE GESSO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 960613

Silvana Ap<sup>a</sup> Ribeiro da Cruz  
Téc. Enfermagem  
COREN/PR 960613



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

**Atendimento.....** : 1489778    **Prontuário:** 1027969    **SAME:**  
**Paciente.....** : ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO    **Hora Atend:** 09:50    **Data Atend:**14/11/2024  
**Endereço.....** : RUA PROFESSOR THALES DE SOUZA E SILVA    **Idade:** 7 a  
**Bairro.....** : PARQUE DA FONTE  
**Cidade.....** : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF..:** PR    **CEP:** 83050180  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 14/11/2024    **Hora Saída :** 10:35  
**Prestador da Evolução Médica:** 1635    **FERNANDO FERRAZ FARIA**

**HDA**

4 semanas fratura radio distal E

**EXAME FISICO**

rx com fratura consolidada

**TRATAMENTO**

retiro tala, orientações, retorno sn

Dr. Fernando Ferraz Faria  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 26.600 / TEOT 13203

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento.....: 1489778

Pedido.....:

Paciente.....: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

Data do Exame.: 14/11/2024

---

**RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Exame evolutivo realizado em tala gessada devido fratura distal do rádio e da ulna.

17 de Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639