

Atendimento: 1485913 - ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO Lote: 1863475 - 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.: 22251001 Validade.:01/11/2024
Senha.: 22251001 Autoriz.:01/11/2024
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
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **22251001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/11/2024		5 - Senha 22251001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22251001	
Dados do Beneficiário			
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			
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 01/11/2024	
23 - Indicação Clínica 2 semanas fratura antebraço E			
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 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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 01/11/2024 16:14 16:14 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 01/11/2024 16:23 16:23 22 40803112 RX - PUNHO 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			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
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\$) 115.58 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\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			

Atendimento: 1485913	Data do Atendimento: 01/11/2024
Prontuário: 1027969	Nome: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO
Sexo: MASCULINO	Idade: 7
RG:	Data de Nascimento: 13/02/2017
CNPJ:	Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 927141872	
Rua: RUA PROFESSOR THALES DE SOUZA E SILVA	Numero 1171
Bairro: PARQUE DA FONTE	Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118294	UF: PR
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

Roberto José F. Sobrinho

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Arthur Prates Ferreira Sobrinho

Nº da Carteira: 2.11.8294

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 13/02/2017

Nº da Guia: 22251.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/10/2024	17:12:28	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (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 em 01/11/2024 para reavaliação.

Ass.:

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

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

CURITIBA - PR

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.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



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

2 - Nº Guia no Prestador 22251001

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 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/11/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	
26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)		27 - Qt Solic. 1	
		28 - Qt Autoriz. 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 - Tec		45 - % Red / Acresc	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq Ref		49 - Gr Part	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número na Consulta	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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			
68 - Assinatura do Contratado			

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

PRESCRIÇÃO.: 1684049 DATA: 01/11/2024 16:22
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1485913 DT NASC: 13/02/2017 (7A 8M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1027969 - ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2024 16:14 0 DIAS(S) INT

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

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1485913

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1485913 **Prontuário:** 1027969 **SAME:**
Paciente..... : ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO
Endereço..... : RUA PROFESSOR THALES DE SOUZA E SILVA
Bairro..... : PARQUE DA FONTE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/11/2024
Hora Atend: 16:14 **Data Atend:** 01/11/2024
Idade: 7 a
UF..: PR **CEP:** 83050180
Plano...: UNICO
Hora Saída : 16:32
Prestador da Evolução Médica: 1635 **FERNANDO FERRAZ FARIA**

HDA

2 semanas fratura antebraço E

EXAME FISICO

rx com fratura alinhada em consolidação

TRATAMENTO

orientações, retorno em 2 semanas para reavaliar

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

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1485913
Pedido.....: 340779
Paciente.....: ARTHUR PRATES FERREIRA SOBRINHO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA
Data do Exame.: 01/11/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Controle evolutivo em aparelho gessado.

12 de Novembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149