

Atendimento: 1292660 - ARTHUR VIANA MENGUE Lote: 1560743 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR VIANA MENGUE

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600

Guia.....: 9748001 Validade.:01/04/2023

Senha.....: 9748001 Autoriz.:01/04/2023

Carteira.: 2337699 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ARTHUR VIANA MENGUE

: LOURENCO PINTO

Plano.....: UNICO

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

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						138,64

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/03/2023	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
02/03/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
					Total :	65,00
						VI Total
Total Geral:						138,64



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 9748001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/04/2023

5 - Senha
9748001

6 - Data de Validade da Senha
9748001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2337699

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
ARTHUR VIANA MENGUE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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
01/04/2023

23 - Indicação Clínica
contusao cotovelo ha 1 semana

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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
1 02/03/2023 12:07 12:07 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE
2 02/03/2023 12:21 12:21 22 40803090 RX - COTOVELO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00
001 1.0 30.64

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gf. 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\$)
95.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
43.00

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\$)
138.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

27 - Total Geral (R\$)	43.00
------------------------	-------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Arthur Viana Mengue
Nº da Carteirinha: 2.33.7699
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 14/12/2017

Nº da Guia: 9748.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/03/2023	14:21:09	Playground (Ex.: parquinho)	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Esquerdo

Descrição

O aluno estava no parque com a professora quando veio a cair machucando o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Vilma	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	28/02/2023

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

a pedido médico retornar no dia 02/03/23 para realização de exames.

Ass.: _____

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

Daniele Novaes Torino

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.....: 1292660

Pedido.....: 723460

Paciente.....: ARTHUR VIANA MENGUE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

Data do Exame.: 02/03/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo realizado em tala gessada.

11 de Marco de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AMBULATORIO
AMBULATORIOSCINTHIA.LIMA
02/03/2023 12:13:13

Atendimento: 1292660 Data do Atendimento: 02/03/2023
Prontuário: 992562 Nome: ARTHUR VIANA MENGUE
Sexo: MASCULINO Idade: 5 Data de Nascimento: 14/12/2017
RG: 157060600 CPF: 13811500988 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999779767

Rua: LOURENCO PINTO Numero 196 CEP: 80010160
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337699
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 crédito/débito.

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 crédito/débito, 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..... : 1292660 **Prontuário:** 992562 **SAME:** **Hora Atend:** 12:07 **Data Atend:** 02/03/2023
Paciente..... : ARTHUR VIANA MENGUE **Idade:** 5 a
Endereço..... : LOURENCO PINTO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80010160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/03/2023 **Hora Saída :** 12:40

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

HDA

contusao cotovelo ha 1 semana

EXAME FISICO

rx sem fratura aparente

TRATAMENTO

alta com orientações, retiro tala, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1464129 DATA: 02/03/2023 12:21
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1292660 DT NASC: 14/12/2017 (5A 2M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 992562 - ARTHUR VIANA MENGUE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/03/2023 12:07 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1292660

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)	1					

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

PRESCRIÇÃO.: 1464135 DATA: 02/03/2023 12:39
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1292660 DT NASC: 14/12/2017 (5A 2M 17D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 992562 - ARTHUR VIANA MENGUE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/03/2023 12:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1292660

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO -> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				[02/03]	12:39

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

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

1292660

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		1	UNIDADE					

Período de 02/03/2023 a 02/03/2023

Atendimento: 1292660 ARTHUR VIANA MENGUE

Nascimento: 14/12/2017

Mãe: KARINE VIANA FERNANDES MENGUE

Internação: 02/03/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00611404

Data: 02/03/2023

Hora: 14:12

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 Apª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960.613

