

Atendimento: 1498786 - CALEBE ARAUJO NUNES Lote: 1883393 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CALEBE ARAUJO NUNES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 23674001 Validade.:13/12/2024
Senha.....: 23674001 Autoriz.:13/12/2024
Carteira.: 2781667 Validade.: 30/12/2024 Titular....: CALEBE ARAUJO NUNES
: RUA RIO TOCANTINS

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

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	1,85	0,00	0,00	0,00	0,00	1,85
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						81,85

MATERIAIS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/12/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
Total :					1,85

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/12/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 81,85



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

2 - Nº Guia no Prestador **23674001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/12/2024	5 - Senha 23674001	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23674001
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2781667	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome CALEBE ARAUJO NUNES
		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 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35267
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 13/12/2024	23 - Indicação Clínica FRATURA EM BASE DE HALLUX A DIR. FRATURA HA 8 DIAS. PACIENTE SEM IMOBILIZACAO - RETIROU POR CONTA PI
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 13/12/2024 16:32 16:32 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00		
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\$) 80.00		
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		
61 - Total de Materiais (R\$) 1.85		
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\$) 81.85		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
68 - Assinatura do Contratado		

[illegible]

AMBULATORIO
AMBULATORIOSKETLIN SANTOS
13/12/2024 16:37:49

Atendimento: 1498786 Data do Atendimento: 13/12/2024
Prontuário: 1030794 Nome: CALEBE ARAUJO NUNES
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 25/06/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999839491
Rua: RUA RIO TOCANTINS Numero 159 CEP: 83322170
Bairro: WEISSOPOLIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781667
Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON CRM: 35267
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.

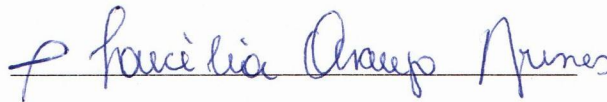
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Calebe Araujo Nunes
Nº da Carteirinha: 2.78.1667
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/06/2011

Nº da Guia: 23674.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/12/2024	17:41:13	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Aluno estava em educação física na quadra jogando futebol, quando houve o choque com outro colega e sentiu dor no pé no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Ingo	02/12/2024

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
Retorno agendado pelo responsável na data 13/12/2024 às 16:30Hrs.

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

PI

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

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

CONGRUENT
1870 INSURANCE



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

2 - Nº Guia no Prestador **5487523**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781667		9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome CALEBE ARAUJO NUNES
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 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35267
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 13/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
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 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 13/12/2024 16:32 16:32 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
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 - Cód CBO 55 - Nome do Profissional			
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\$) 80.00 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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1498786 **Prontuário:** 1030794 **SAME:** **Hora Atend:** 16:32 **Data Atend:** 13/12/2024
Paciente..... : CALEBE ARAUJO NUNES **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA RIO TOCANTINS
Bairro..... : WEISSOPOLIS
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 83322170
CID Principal..... : S924 - FRATURA DO HALUX **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/12/2024 **Hora Saída :** 16:43

Prestador da Evolução Médica: 1787 **LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON**

HDA

FRATURA EM BASE DE HALLUX A DIR.
FRATURA HÁ 8 DIAS.
PACIENTE SEM IMOBILIZAÇÃO - RETIROU POR CONTA PRÓPRIA.

RX COM SINAIS DE FRATURA EM BASE

P# ORIENTO SOBRE IMOBILIZAÇÃO - 30729149
ORIENTO SOBRE O QUADRO.
RETORNO APÓS.
RETIRO DÚVIDAS.
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALARME.
ORIENTO PACIENTE SOBRE O QUADRO
ORIENTO PACIENTE SOBRE RETORNO IMEDIATO EM PA SE QUAISQUER SINAIS DE ALARME, ASSIM
COMO SINTOMAS.
PACIENTE E FAMILIAR COMPREENDEM ORIENTAÇÕES, CONCORDANTES COM CONDUTA.
RETIRO DUVIDAS.
ESCLAREÇO QUADRO A PACIENTE.
RETORNO EM 1 MES

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1698300 DATA: 13/12/2024 16:41
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1498786 DT NASC: 25/06/2011 (13A 5M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030794 - CALEBE ARAUJO NUNES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/12/2024 16:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S924 FRATURA DO HALUX CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1498786*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. ESPARADRAPAGEM	1					[13/12] . 16:41
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO		✓		

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267

