

Atendimento: 1338801 - GABRIELA SIMABUCO BATISTA Lote: 1633420 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 12311001 Validade.:28/07/2023
Senha.....: 12311001 Autoriz.:28/07/2023
Carteira...: 2791194 Validade.: 12/12/2023 Titular...: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
: ANDRE SICCURO

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	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:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/07/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/07/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 12311001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal						
4 - Data de Autorização 28/07/2023	5 - Senha 12311001	6 - Data de Validade da Senha 12311001	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12311001				
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2791194	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome GABRIELA SIMABUCCO BATISTA	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 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/07/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE RELATA QUE SOFREU TRAUMA HA 3 SEMANAS APROXIMADAMENTE. FX DE MALEOLO LATERAL A DIREITA			27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição					31 - Código CNES 3005585
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
1 28/07/2023 14:25 14:25 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE		001 1.0 65.00 65.00					
2 28/07/2023 14:34 14:34 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 30.64 30.64					
Identificação do(a) Profissional(s) 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\$) 95.64		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 Medicinas (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 95.64			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização							

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela Simabuco Batista
Nº da Carteira: 2.79.1194
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 24/10/2008

Nº da Guia: 12311.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/07/2023	12:20:12	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
Aluna estava pulando e virou o pé direito. Consequentemente está inchado, sente dor e com dificuldade de mexer o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiz	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Luiz	06/07/2023

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 Gabriela precisa retornar ao Hospital a pedido do médico.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 12311001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sanhe 12311001	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12311001	12 - Atendimento a RN N
----------------------------	------------------------------	---	---	----------------------------

4 - Data de Autorização 28/07/2023	5 - Sanhe 12311001	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	-----------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2791194	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome GABRIELA SIMABUCO BATISTA
-----------------------	-----------------------------------	--	--

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 35267	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante A. Ferraz Marcon Medico 1. PR 35267
----------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON	Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/07/2023	23 - Indicação Clínica
--	---	-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	31 - Código CNES 3005585
---	----------------	-----------------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	30 - Nome da Operadora 76530518000107	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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 1 28/07/2023	37 - Hr. Inicial 14:25	38 - Hr. Final 14:25	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101012	41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42 - Qlde. 001	43 - Via 1.0	44 - Tec. 65.00	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 65.00
---	---------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------	--	-------------------	-----------------	--------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	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	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 OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (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
---	--	-------------------------------

1633420



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

2 - Nº Guia no Prestador 12311001

Folha: 1
Dr. A. Ferraz Marcon

Médico

M. PR 35.267

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/07/2023

5 - Semia

12311001

6 - Data de Validade da Semia

12311001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2791194

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
GABRIELA SIMABUCO BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Paciente

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 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
28/07/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - QI Solic. 28 - QI 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)

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
1 28/07/2023 14:25 14:25 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) 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 OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (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

Data/Hora: 28/07/2023 14:30:25

Contato: 1633420

Atendimento: 1338901

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1633420N

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1338801

Pedido.....:

Paciente.....: GABRIELA SIMABUCO BATISTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

Data do Exame.: 28/07/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura do maleolo fibular.

30 de Julho de 2023

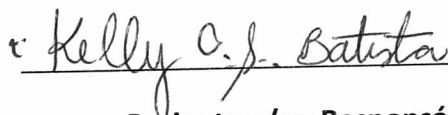


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

AMBULATORIO
AMBULATORIOSAMANDA.FERNANDES
28/07/2023 14:30:06

Atendimento: 1338801 Data do Atendimento: 28/07/2023
Matrícula: 999818 Nome: GABRIELA SIMABUCO BATISTA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 24/10/2008
CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Mãe: ANDRE SICCURO Numero 369 CEP: 83045150
Pai: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2791194
Médico: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON CRM: 35267
Responsável: Parentesco:

- 4 - 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.
- 5 - 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.
- 6 - 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.
- 7 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 8 - 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.
- 9 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 10 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 11 - 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**.
- 12 - 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)**.
- 13 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 14 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1338801 **Prontuário:** 999818 **SAME:**
Paciente..... : GABRIELA SIMABUCO BATISTA **Hora Atend:** 14:25 **Data Atend:** 28/07/2023
Endereço..... : ANDRE SICCURO **Idade:** 14 a
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83045150
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/07/2023 **Hora Saída :** 14:58
Prestador da Evolução Médica: 1787 **LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON**

HDA

PACIENTE RELATA QUE SOFREU TRAUMA HÁ 3 SEMANAS APROXIMADAMENTE.
FX DE MALEOLO LATERAL A DIREITA.
MAE REFERE QUE PACIENTE ESTÁ PISANDO
PACIENTE NEGA DORES
NEGA OUTRAS ALTERAÇÕES.

O# EM USO DE ROBOFOOT.
LEVE EDEMA.
LEVE DOR A PALPAÇÃO

RX COM SINAIS DE FX WEBER A - SEM DESVIO

P# RETORNO EM 4 SEMANAS.
ORIENTO CUIDADOS.

Lucas A. Ferraz Marcon
CRM 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1518647 DATA: 28/07/2023 14:34
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1338801 DT NASC: 24/10/2008 (14A 9M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999818 - GABRIELA SIMABUCO BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2023 14:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1338801*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267