

Atendimento: 1477114 - HIGOR DA SILVA DOS SANTOS Lote: 1849878 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HIGOR DA SILVA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.: 1477114 Validade.:
Senha.: Autoriz.:
Carteira.: 2118421 Validade.: 22/02/2025 Titular.: HIGOR DA SILVA DOS SANTOS
: RUA ACRE

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

Resumo da Conta

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

HONORARIOS MEDICOS

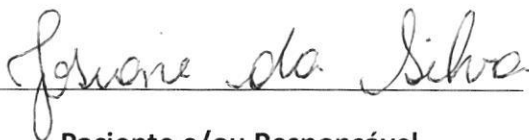
298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/10/2024	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:						80,00

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
04/10/2024 16:01:30

Atendimento: 1477114 Data do Atendimento: 04/10/2024
Prontuário: 1026018 Nome: HIGOR DA SILVA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 08/02/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996254100
Rua: RUA ACRE Numero 44 CEP: 83508492
Bairro: TANGUA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118421
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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Higor da Silva dos Santos

Nº da Carteirinha: 2.11.8421

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 08/02/2009

Nº da Guia: 21031.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/10/2024	10:42:10	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

O aluno estava jogando basquete, e acabou torcendo o joelho direito. Relata dor ao firmar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência

Prof. Philippe

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Philippe

Data

17/09/2024

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

Solicitação médica para nova avaliação.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/2019

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> (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 **1477114**

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 2118421		9 - Validade da Carteira		10 - Nome HIGOR DA SILVA DOS SANTOS		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 04/10/2024		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 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
18 - Seq Ref 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO													
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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				68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - Nº Guia no Prestador **1477114**

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 2118421		9 - Validade da Carteira	10 - Nome HIGOR DA SILVA DOS SANTOS
		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 04/10/2024	
		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	
		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 - Qtd.	
		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 no Conselho	
		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

[Assinatura]

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1477114 Prontuário: 1026018 SAME:
Paciente..... : HIGOR DA SILVA DOS SANTOS Hora Atend: 15:59 Data Atend: 04/10/2024
Endereço..... : RUA ACRE Idade: 15 a
Bairro..... : TANGUA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARÉ
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 83508492
CID Principal..... : S830 - LUXAÇÃO DA ROTULA [PÁTELA] Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 04/10/2024
Prestador da Evolução Médica: 1635 FERNANDO FERRAZ FARIA Hora Saída : 16:16

HDA

luxação de patela D há 2 semanas, 3 episódios esse ano

EXAME FÍSICO

sem dor, mobilidade normal, sem instabilidade franca

TRATAMENTO

oriento iniciar fst, retorno após

Dr. Fernando Ferraz Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26.600 / T50T 13203

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA