

Atendimento: 1500956 - LUIS FELIPE FERREIRA Lote: 1886752 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIS FELIPE FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 23757001 Validade.:20/12/2024
Senha.....: 23757001 Autoriz.:20/12/2024
Carteira.: 23757 Validade.: 11/11/2025 Titular....: LUIS FELIPE FERREIRA
: TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO

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
20/12/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
20/12/2024	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: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **23757001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 20/12/2024	5 - Senha 23757001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23757001
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 23757	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA	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 20/12/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE COM QUADRO DE DESCOLAMENTO EPIFISARIO EM TNZ A DIR. HA 17 DIAS APRESENTOU LESAO. NEGA D	
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 20/12/2024 15:06 15:06 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 20/12/2024 15:48 15:48 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 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			
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	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1500956
Pedido.....: 849555
Paciente.....: LUIS FELIPE FERREIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
Data do Exame.: 20/12/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

29 de Dezembro de 2024



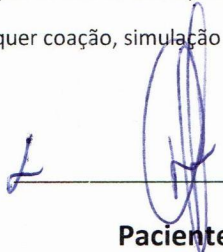
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

JOICE.OLIVEIRA
20/12/2024 15:17:48

Atendimento: 1500956 Data do Atendimento: 20/12/2024
Prontuário: 1030929 Nome: LUIS FELIPE FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 13/10/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988947007
Rua: TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO Numero 13 CEP: 83030270
Bairro: ARISTOCRATA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23757
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: Luis Filipe Ferreira
Nº da Carteirinha: 2.33.6051
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 13/10/2010 Nº da Guia: 23757.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/12/2024	15:16:34	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava jogando vôlei na aula e quando foi pula torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivan	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliane	04/12/2024

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

A pedido médico o aluno deve retornar para novas avaliações no dia 20/12/2024

Ass.: _____

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **1500956**

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 23757	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA	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 20/12/2024	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101012 Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)									
				27 - Qt. Solic. 0	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)											
48 - 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 - 3 - 5 - 7 - 9 -											
2 - 4 - 6 - 8 - 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 **1500956**

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 23757		9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIS FELIPE FERREIRA
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 20/12/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101012	
26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario 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)			
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			
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			



PRESCRIÇÃO.: 1700495 DATA: 20/12/2024 15:47
USUÁRIO....: LUCAS.ANTONIO
ATENDIMENTO: 1500956 DT NASC: 13/10/2010 (14A 2M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030929 - LUIS FELIPE FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/12/2024 15:06 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

1500956

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1						
	40804089							

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON
CRM: 35267

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO			
Atendimento..... : 1500956	Prontuário: 1030929	SAME:	Hora Atend: 15:06 Data Atend:20/12/2024
Paciente..... : LUIS FELIPE FERREIRA			Idade: 14 a
Endereço..... : TRAVESSA LUIGI PIRANDELLO			
Bairro..... : ARISTOCRATA			
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS		UF..: PR	CEP: 83030270
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
CID's Secundários. :			
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA			
Data Saída..... : 20/12/2024			Hora Saída : 16:04
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON			

HDA
PACIENTE COM QUADRO DE DESCOLAMENTO EPIFISARIO EM TNZ A DIR.
HÁ 17 DIAS APRESENTOU LESAO.
NEGA DORES PARA MOVIMENTO, DOR UNICA A FLEXAO PLANTAR

ADM AMPLAE LIVRE.
NV PRESERVADO.

RX: MANTENDO ALINHAMENTO, SEM SIANSI DE DESLOCAMENTO EPIFISARIO

P# 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.

Dr. Lucas Antonio Ferraz Marcon
Médico
CRM - PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA