

Atendimento: 1320983 - CALEBE TORMAN DA SILVA Lote: 1605140 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CALEBE TORMAN DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
Guia.....: 11282001 Validade.:07/06/2023
Senha.....: 11282001 Autoriz.:07/06/2023
Carteira.: 2791679 Validade.: 30/10/2023 Titular....: CALEBE TORMAN DA SILVA
: MARANHAO

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	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/05/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA - 036997 07756625935	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT**

2 - Nº Guia no Prestador 11282001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
07/06/2023

5 - Senha

11282001

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11282001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2791679

9 - Validade da Carteira
30/10/2023

10 - Nome

CALEBE TORMAN DA SILVA

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
JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
036997

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
07/06/2023

23 - Indicação Clínica
Reavaliacao Fratura do antebraço.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

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

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 29/05/2023 10:50 10:50 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 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\$)

62 - Total de OFME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Calebe Torman da Silva
Nº da Carteira: 2.79.1679
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 12/06/2014

Nº da Guia: 11282001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
29/05/2023	09:50:11	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Antebraço Direito

Descrição
O Calebe se bateu com o colega, que por sua vez caiu por cima dele, e consequentemente o Calebe bateu a mão no chão!

Testemunha da ocorrência	Telefone
Laudelice	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elizabete	15/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
O Calebe precisa de uma consulta de retorno, pois foi solicitado pelo Hospital XV.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rogério Pereira De Santana

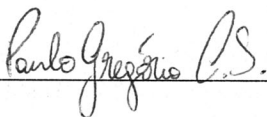
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

AMBULATORIO
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
29/05/2023 10:56:16

Atendimento: 1320983 Data do Atendimento: 29/05/2023
Prontuário: 997064 Nome: CALEBE TORMAN DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 12/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARANHAO Numero 23 CEP: 83040060
Bairro: BONECA DO IGUACU Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791679
Médico: JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA CRM: 036997
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320983 **Prontuário:** 997064 **SAME:**
Paciente..... : CALEBE TORMAN DA SILVA
Endereço..... : MARANHAO
Bairro..... : BONECA DO IGUACU
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/05/2023

Hora Atend: 10:50 **Data Atend:** 29/05/2023
Idade: 8 a

UF..: PR **CEP:** 83040060
Plano...: UNICO

Hora Saída : 11:22

Prestador da Evolução Médica: 1759 **JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA**

HDA

Reavaliação Fratura do antebraço.

EXAME FISICO

Sem queixas álgicas.
Retiro tala - mobilidade preservada.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

fratura consolidada.

TRATAMENTO

Oriento cuidados e sinais de alarme para retorno imediato s/n.

JOAO ELIAS FERREIRA BRAGA / 036997
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 1307509 - DAVI NAVARINI RIBEIRO Lote: 1583611 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: DAVI NAVARINI RIBEIRO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...: Plano.....: UNICO
Medico/CRM: LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
Guia.....: 10517001 Validade.:07/06/2023
Senha.....: 10517001 Autoriz.:07/06/2023
Carteira...: 2117167 Validade.: 30/12/2023 Titular....: DAVI NAVARINI RIBEIRO
 : JOSE IZIDORO FILHO

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
IONORARIOS 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
17/04/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/04/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) LUIZ AUGUSTO MORETTI - 21898 02116557917	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10517001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 07/06/2023	5 - Sessão 10517001
6 - Data de Validade da Sessão 07/06/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 10517001
8 - Nome do Beneficiário 2117167	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome DAVI NAVARINI RIBEIRO	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 LUIZ AUGUSTO MORETTI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 21898	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 07/06/2023
23 - Indicação Clínica fx tnz D 3 semanas de evolucao nao tem mais dor e esta de oertese	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato 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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabola 40-Procedimento 41-Descrição 42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total	
1 17/04/2023 14:14 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 65.00 65.00	
2 17/04/2023 14:18 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 30.64 30.64	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48-Bq. Ref. 49-Cr. 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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 Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 95,64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Davi Navarini Ribeiro

Nº da Carteira: 2.11.7167

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 02/02/2013

Nº da Guia: 10517.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/04/2023	08:44:33	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Na aula de educação física, jogando futebol, houve um encontro com o colega e acabou torcendo o tornozelo direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Philippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eric	30/03/2023

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
Retorno agendado para o dia 17/04/2023 às 14h40.

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

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - 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.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

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1307509**Pedido.....:** 732749**Paciente.....:** DAVI NAVARINI RIBEIRO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** LUIZ AUGUSTO MORETTI**Data do Exame.:** 17/04/2023**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.

22 de Abril de 2023

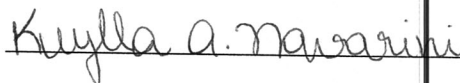


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

AMBULATORIO
AMBULATORIOSLILIANE.SIMOE
17/04/2023 14:21:32

Atendimento: 1307509 Data do Atendimento: 17/04/2023
Prontuário: 994396 Nome: DAVI NAVARINI RIBEIRO
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 02/02/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOSE IZIDORO FILHO Numero 197 CEP: 82115180
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117167
Médico: LUIZ AUGUSTO MORETTI CRM: 21898
Responsável: KEYLLA APARECIDA N RIBEIRO Parentesco: MAE

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1307509 **Prontuário:** 994396 **SAME:**
Paciente..... : DAVI NAVARINI RIBEIRO
Endereço..... : JOSE IZIDORO FILHO
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/04/2023

Hora Atend: 14:14 **Data Atend:** 17/04/2023
Idade: 10 a

UF...: PR **CEP:** 82115180
Plano...: UNICO

Hora Saída : 14:42

Prestador da Evolução Médica: 66 **LUIZ AUGUSTO MORETTI**

HDA

fx tnz D
3 semanas de evolução
nao tem mais dor e está de oertese

EXAME FISICO

sem dor
gaveta -
sem instabilidade

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusao

TRATAMENTO

fica livre
retorno gradual as atividades
retorno se tiver dor



LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1481477 DATA: 17/04/2023 14:18
USUÁRIO.....: LUIZ.MORETTI
ATENDIMENTO: 1307509 DT NASC: 02/02/2013 (10A 2M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 994396 - DAVI NAVARINI RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/04/2023 14:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ AUGUSTO MORETTI SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1307509*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

LUIZ AUGUSTO MORETTI
CRM: 21898

3001N

(17)

PRESCRIÇÃO.: 1481477 DATA PRESCRIÇÃO: 17/04/2023 14:18
SETOR SOLIC: AMBULATORIOS NR CARTEIRA: 2117167
ATENDIMENTO: 1307509 VALIDADE: 30/12/2023
PACIENTE...: 994396 - DAVI NAVARINI RIBEIRO NASC: 02/02/2013 10A 2M 14D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PRESTADOR...: 21898 LUIZ AUGUSTO MORETTI
ACOMODAÇÃO.: LEITO:
UNID INTERN: AMBULATORIOS
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

SERVIÇO:

USUÁRIO: LUIZ.MORETTI

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 28 RADIOLOGIA AMBULATORIO

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu
ARTICULACA O TIBIO- TARSICA (DIREITO)	1	*732749* 732749	17/04/2023 14:18		*959244* 959244 AT	32040091

LUIZ AUGUSTO MORETTI
CRM : 21898

Atendimento: 1315205 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA Lote: 1595731 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 10880001 Validade.:07/06/2023
Senha.....: 10880001 Autoriz.:07/06/2023
Carteira.: 2335939 Validade.: 31/12/2023 Titular...: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU

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
IONORARIOS 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
11/05/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/05/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	65,0000	65,00
	FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 138,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 10880001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
07/06/2023

5 - Senha
10880001

6 - Data de Validade da Senha
10880001

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10880001

8 - Número da Carteira
2335939

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA

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 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
07/06/2023

23 - Indicação Clínica
4 semanas fratura radio distal

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Ql Solic.
28 - Ql Autoriz.

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 11/05/2023 09:45 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE
2 11/05/2023 09:57 22 40803112 RX - PUNHO

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

Identificação do(a) 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada		5 - Código CNES							
000000	10880001		3005585							
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material	11/05/2023	10:42:00	a	10:42:00	18	60023236	1	036	1,00	43,00
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	0.00	0.00	43.00	0.00	43.00

Impresso por: CAMILA ROSA Data/Hora: 07/06/2023 10:41:55 Conta/Lote: 1595731 Atendimento: 1315205 Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1595731

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Vitória de Lara Constantino de Almeida
Nº da Carteira: 2.33.5939
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 15/09/2009

Nº da Guia: 10880.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/05/2023	08:55:16	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição
A aluna estava em aula de educação física quando ao cair se apoiou com a mão vindo a torcer o pulso.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	19/04/2023

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 aluna vai tirar o gesso.

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1315205
Pedido.....: 737395
Paciente.....: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA
Data do Exame.: 11/05/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo realizado em aparelho gessado.

14 de Maio de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

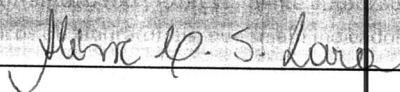
AMBULATORIO,
AMBULATORIOSMAURICIO JUNIOR
11/05/2023 09:52:53

Atendimento: 1315205 Data do Atendimento: 11/05/2023
Prontuário: 995584 Nome: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 15/09/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU Numero 380 CEP: 83045010
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335939
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1315205 **Prontuário:** 995584 **SAME:**
Paciente..... : MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Endereço..... : DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/05/2023

Hora Atend: 09:45 **Data Atend:** 11/05/2023
Idade: 13 a

UF...: PR **CEP:** 83045010
Plano...: UNICO

Hora Saída : 10:45

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

HDA

4 semanas fratura radio distal

EXAME FISICO

rx com fratura consolidada

TRATAMENTO

orientações, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1490176 DATA: 11/05/2023 09:57
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1315205 DT NASC: 15/09/2009 (13A 8M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995584 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/05/2023 09:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1315205*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

PRESCRIÇÃO.: 1490209 DATA: 11/05/2023 10:42
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1315205 DT NASC: 15/09/2009 (13A 7M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995584 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/05/2023 09:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

CICLO...: 1/

1315205

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[11/05] . 10:42
	-> SERRA PARA GESSO	1	UNIDADE				

Dr. Fernando Ferraz Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26600 / TEOT 13203

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

Período de 11/05/2023 a 11/05/2023

Atendimento: 1315205 MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA

Nascimento: 15/09/2009

Mãe: ALINE CRISTIANE SANTANA DE LARA

Internação: 11/05/2023 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00623671

Data: 11/05/2023 Hora: 11:24

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 Aparecida Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
CRP 960613
[Assinatura]