

Atendimento: 1427262 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Lote: 1772334 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
Guia.....: 16688001 Validade.:19/06/2024  
Senha.....: 16688001 Autoriz.:19/06/2024  
Carteira.: 2792038 Validade.: 30/12/2024 Titular.: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER  
: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA

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	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>142,81</b>

### 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
02/05/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/05/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

**Total Geral: 142,81**



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

2 - Nº Guia no Prestador **16688001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização <b>19/06/2024</b>	5 - Senha <b>16688001</b>	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>16688001</b>

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>2792038</b>	9 - Validade da Carteira <b>30/12/2024</b>	10 - Nome <b>NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>			
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO FERRAZ FARIA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>26600</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>19/06/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>3 semanas fratura tipo torus em antebraço E</b>
---	---	--

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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	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 02/05/2024	09:09	09:09	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00
2 02/05/2024	09:24	09:24	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	34.81	34.81

**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 -	3 -	5 -	7 -	9 -
2 -	4 -	6 -	8 -	10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>99.81</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>43.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>142.81</b>
---	--	--	---	---	---	---

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 <b>000000</b>	2 - Número da Guia Referenciada <b>16688001</b>
-----------------------------------	--

Dados do Contratado Executante	
3 - Código na Operadora <b>76530518000107</b>	4 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
5 - Código CNES <b>3005585</b>	

Despesas Realizadas												
3 -	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					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento		
3 -	07	02/05/2024	09:51:00	a	09:51:00	18	60023236	1	036	1.00	43.00	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\$) <b>0.00</b>	22 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	23 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	24 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>43.00</b>	26 - Total de Diárias (R\$) <b>0.00</b>	27 - Total Geral (R\$) <b>43.00</b>
---	---	--	---	--	--	--

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Nicolas Rafael da Silveira Kaiper  
**Nº da Carteirinha:** 2.79.2038  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 06/02/2012

**Nº da Guia:** 16688.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/04/2024	15:25:15	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

## Descrição

Aluno estava jogando futebol na hora do recreio, o colega chutou a bola com muita força, quando ele foi defender acabou torcendo o pulso para trás. Consequentemente está com dor e dificuldade para movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	09/04/2024

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

Autorizado consulta médica de retorno com ortopedista para o dia 02/05, no Hospital XV.

Ass.: \_\_\_\_\_

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **5092747**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	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 <b>2792038</b>	9 - Validade da Carteira <b>30/12/2024</b>	10 - Nome <b>NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
---	--

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO FERRAZ FARIA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>26600</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	----------------------------------	---

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>02/05/2024</b>	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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	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 02/05/2024	09:09	09:09	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001			1.0	65.00	65.00

**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 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /

**58 - Observação / Justificativa**

59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>65.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>65.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Nicolas Rafael da Silveira Kaiper</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------





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

2 - Nº Guia no Prestador **5092747**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	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 <b>2792038</b>	9 - Validade da Carteira <b>30/12/2024</b>
10 - Nome <b>NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN <b>N</b>	

Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO FERRAZ FARIA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>
17 - Número no Conselho <b>26600</b>	18 - UF <b>41</b>
19 - Código CBO <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	22 - Data da Solicitação <b>02/05/2024</b>	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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>
31 - Código CNES <b>3005585</b>	

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento <b>04</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	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	02/05/2024	09:09	09:09	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	001		1.0	65.00	65.00

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\$) <b>65.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>65.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Nicolas Rafael da Silveira Kaiper</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento....: 1427262

Pedido.....: 814422

Paciente.....: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

Data do Exame.: 02/05/2024

---

**RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Exame evolutivo realizado em aparelho gessado devido fratura da diáfise distal do rádio.

07 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSTAINA MACIEL  
02/05/2024 09:12:16

Atendimento: 1427262 Data do Atendimento: 02/05/2024  
Prontuário: 1012436 Nome: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER  
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 06/02/2012  
RG: 161263877 CPF: 10286891956 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 984230917

Rua: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA Numero 107 CEP: 83040470  
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2792038  
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.

 12 40803112

Paciente e/ou Responsável



PRESCRIÇÃO.: 1620883 DATA: 02/05/2024 09:24  
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ  
ATENDIMENTO: 1427262 DT NASC: 06/02/2012 (12A 4M 4D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1012436 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 02/05/2024 09:09 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1427262\***

**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.: 1620898 DATA: 02/05/2024 09:51  
 USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ  
 ATENDIMENTO: 1427262 DT NASC: 06/02/2012 (12A 2M 26D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 1012436 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 02/05/2024 09:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:  
 UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
 CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1427262\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. RETIRADA DE GESSO  -> SERRA PARA GESSO	1	1 UNIDADE				[02/05]	09:51

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

FERNANDO FERRAZ FARIA  
 CRM: 26600



Período de 02/05/2024 a 02/05/2024

Atendimento: **1427262 NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER** Nascimento: 06/02/2012  
Mãe: MARIA CRISTIANE DA SILVEIRA KAIPER  
Internação: 02/05/2024 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00682072

Data: 02/05/2024

Hora: 11:16

PACIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO ACOMPANHADA PELOS PAIS PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, REALIZADO RETIRA DE GESSO, CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

2053 JOHN LUCAS BERMIRIO  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 1773342

*John Lucas Bermirio*  
Téc. Enfermagem  
COREN-PR 001.773.342

REF. ATENDIMENTO: 1427262

Justificamos, através deste, o atraso na entrega do referido atendimento por motivos de:

Falta de assinatura e carimbo do médico na ficha de atendimento, bem como, sua finalização.

Conforme demandas do setor e por disponibilidade médica, ocorreu o atraso na captação da assinatura e carimbo do profissional, assim como, finalização da ficha pelo médico, que não efetuou a alta na data do atendimento.

Certos da compreensão,

Atenciosamente

Setor de Atendimento

Marja Melo  
Supervisora Atendimento XV

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1427262    Prontuário: 1012436    SAME:    Hora Atend: 09:09    Data Atend:02/05/2024  
Paciente..... : NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER    Idade: 12 a  
Endereço..... : JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA  
Bairro..... : AFONSO PENA    UF.: PR    CEP: 83040470  
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS    Plano...: UNICO  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 02/05/2024    Hora Saída :09:56

Prestador da Evolução Médica: 1635    FERNANDO FERRAZ FARIA

**HDA**

3 semanas fratura tipo torus em antebraço E

**EXAME FISICO**

rx com fratura consolidada

**TRATAMENTO**

orientações, retiro gesso, retorno sn

Dr. Fernando Ferraz Faria  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 20526 TEST 1020

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

