

Agrupamento: **7 - AMBULATÓRIO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **90726** Competência: **09/2023** Entrega: **22/09/2023**

Convênio: **136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nota Fiscal

**\*90726\***

| Período         |            | Guia TISS |  | Guia | Nr.Conta | Atendimento | Nr. Carteira                    | Valor  |
|-----------------|------------|-----------|--|------|----------|-------------|---------------------------------|--------|
| 21/08/2023      | 21/08/2023 | 12506.001 |  |      | 1644598  | 1345940     | PEDRO ANTONIO COELHO JUN2781605 | 138,64 |
| Total : 1       |            |           |  |      |          |             |                                 | 138,64 |
| Total Geral : 1 |            |           |  |      |          |             |                                 | 138,64 |



Atendimento: 1345940 - PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR Lote: 1644598 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485  
Guia.....: 12506.001 Validade.:22/09/2023  
Senha.....: 12506.001 Autoriz.:22/09/2023  
Carteira.: 2781605 Validade.: 31/12/2023 Titular....: PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR  
: EGITO

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 |
|------------|------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 21/08/2023 | 40803112 PUNHO<br>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 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 21/08/2023 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO<br>LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904 | CLINICO     | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| Total :    |                                                                                                            |             |         |      | 65,00       |          |

Total Geral: 138,64





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

2 - Nº Guia no Prestador 12506.001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
22/09/2023

5 - Série  
12506.001

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
12506.001

8 - Número da Carteira  
2781605

9 - Validade da Carteira  
31/12/2023

10 - Nome  
PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR

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 GUSTAVO FAGUNDES BORGES

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
15485

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  
22/09/2023

23 - Indicação Clínica  
PCTE COM 03 SEMANAS DE FRATURA DO PUNHO ESQ - VEM PARA REAVALIACAO

27 - Qt. Solic.  
28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

|   |            |       |    |          |                                                    |
|---|------------|-------|----|----------|----------------------------------------------------|
| 1 | 21/08/2023 | 09:15 | 22 | 10101012 | CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE |
| 2 | 21/08/2023 | 09:27 | 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(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gt. 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\$)  
43.00

61 - Total de Materiais (R\$)  
0.00

62 - Total de CPME (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

\*1644598\*





**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                                                                                                         |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|--------------|----------------------------|-------------------|----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                              |            | 2 - Número da Guia Referenciada<br>12506.001 |              | 5 - Código CNES<br>3005585 |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 3 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                               |            | 4 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA   |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| Dados do Contratado Executante                                                                          |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 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                                                                        | 21/08/2023 | 09:27:00                                     | a            | 09:27:00                   | 18                | 60023236 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 43.00                |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE MOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 21 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                            |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 22 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 23 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                   |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 24 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                        |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>43.00                                                           |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 26 - Total de Diárias (R\$)<br>0.00                                                                     |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 27 - Total Geral (R\$)<br>43.00                                                                         |            |                                              |              |                            |                   |          |                      |                         |                         |                      |

Impresso por: DIRLAINE AZEVEDO      Data/Hora: 22/08/2023 12:48:06      Conta/Lote: 1644598      Atendimento: 1345940      Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**\*1644598\***



## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



**Aluno:** Pedro Antonio Coelho Junior  
**Nº da Carteira:** 2.78.1605  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais

**Data de Nascimento:** 20/06/2012

**Nº da Guia:** 12506.001

| Data do Retorno | Horário  | Local        | Atividade               |
|-----------------|----------|--------------|-------------------------|
| 21/08/2023      | 09:12:52 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo    |
|-----------------------------------------------|--------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Antebraço Esquerdo |

### Descrição

Aluno estava em aula e o colega caiu sobre o antebraço esquerdo.

### Testemunha da ocorrência

Prof.ª Flavia

### Telefone

(41) 3097-7450

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

### Motivo do Retorno

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

Fabio Bittencourt Machado

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)



**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento.....: 1345940  
Pedido.....: 755806  
Paciente.....: PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES  
Data do Exame.: 21/08/2023

---

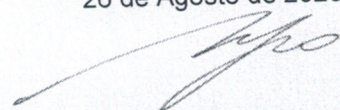
**RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura diafisária distal do rádio e da ulna.

26 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779



Atendimento: 1345940      Data do Atendimento: 21/08/2023  
Prontuário: 1001128      Nome: PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 20/06/2012  
RG: 170087971      CPF: 12532877910      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: EGITO      Numero 72      CEP: 83320010  
Bairro: VILA PALMITAL      Cidade: PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 2781605  
Médico: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES      CRM: 15485  
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 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..... : 1345940    **Prontuário:** 1001128    **SAME:**    **Hora Atend:** 09:15    **Data Atend:** 21/08/2023  
**Paciente..... :** PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR    **Idade:** 11 a  
**Endereço..... :** EGITO  
**Bairro..... :** VILA PALMITAL  
**Cidade..... :** PINHAIS    **UF...:** PR    **CEP:** 83320010  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal..... :** S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** RETORNO AMBULATORIO    **Hora Saída :** 10:52  
**Data Saída..... :** 21/08/2023  

|                                         |                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Prestador da Evolução Médica:</b> 38 | <b>LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES</b> |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|

**HDA**

PCTE COM 03 SEMANAS DE FRATURA DO PUNHO ESQ - VEM PARA REAVALIAÇÃO

**EXAME FISICO**

TEM BOM ASPECTO CLINICO  
SEM DOR A PALPAÇÃO // AMPLA ADM

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

RX FRATURA CONSOLIDADO

**TRATAMENTO**

ORIENTAÇÃO  
DEIXO SEM GESSO // NÃO LIBERO ESPORTES

Dr. Luiz Gustavo F. Borges  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1526978 DATA: 21/08/2023 09:27  
USUÁRIO.....: LUIZ.BORGES  
ATENDIMENTO: 1345940 DT NASC: 20/06/2012 (11A 2M 1D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1001128 - PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 21/08/2023 09:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

\*1345940\*

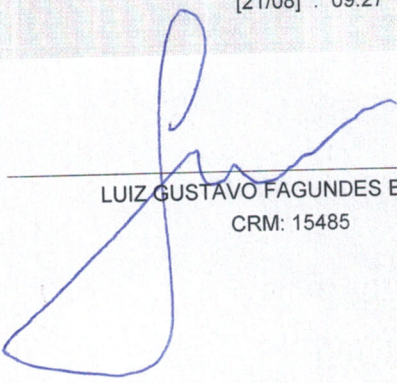
## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

|                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|--------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: FAZER SEM GESSO                |     |         |    |     |            |               |

## PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                          | Qtd | Unidade   | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|--------------------------|-----|-----------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. RETIRADA DE GESSO | 1   |           |    |     |            | [21/08] . 09:27 |
| -> SERRA PARA GESSO      |     | 1 UNIDADE |    |     |            |                 |

  
LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES  
CRM: 15485



Período de 21/08/2023 a 21/08/2023

Atendimento: **1345940 PEDRO ANTONIO COELHO JUNIOR**

Nascimento: 20/06/2012

Mãe: MORIANA DOS SANTOS SILVA

Internação: 21/08/2023 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Evolução/Anotação: 00641064

Data: 21/08/2023

Hora: 10:03

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIOACOMPANHADO DE FAMILIAR PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS  
AVALIAÇÃO MÉDICA RETIRADO GESSO. E LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1542 ADRIANA DE QUADROS LIMA  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 971435

*Adriana de Quadros Lima*  
Técnica em Enfermagem  
COREN PR 971435