

Atendimento: 1344987 - PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ Lote: 1643198 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.: Plano.....: UNICO
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 12706001 Validade.:05/09/2023
Senha.....: 12706001 Autoriz.:05/09/2023
Carteira...: 367634 Validade.: 30/12/2023 Titular...: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
: RUA ELEANOR ROOSEVELT

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
17/08/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12706001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Senha
12706001

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12706001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
367634

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ

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

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
26600

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
FERNANDO FERRAZ FARIA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
05/09/2023

23 - Indicação Clínica
trauma cervical ha 1 semana, no momento sem queixas

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 17/08/2023 11:14 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sd. 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\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Pedro Octavio Morastico da Cruz

Nº da Carteira: 3.6.7634

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 12706.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/08/2023	08:38:26	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pescoço, Costas

Descrição

Aluno estava brincando nos infláveis quando bateu na grade de contenção dos mesmos, sentindo um estralo no pescoço e ficando assim com dores em toda a cervical. Conseguindo se movimentar normalmente, sem inchaços ou roxos no local.

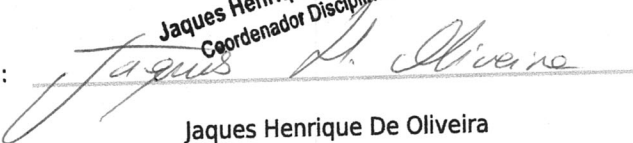
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	11/08/2023

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

Autorização de retorno para atendimento com o especialista em ortopediatria, solicitado pelo doutor Pedro Arthur Silva Machado, após 1 semana do primeiro atendimento. Válido para esta data 17/08/2023.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

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

Atendimento: 1344987 Data do Atendimento: 17/08/2023
Prontuário: 1001654 Nome: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 05/01/2011
RG: CPF: 15075198937 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA ELEANOR ROOSEVELT Numero 181 CEP: 82515230
Bairro: BACACHERI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367634
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..... : 1344987 **Prontuário:** 1001654 **SAME:**
Paciente..... : PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ **Hora Atend:** 11:14 **Data Atend:**17/08/2023
Endereço..... : RUA ELEANOR ROOSEVELT **Idade:** 12 a
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82515230
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M542 - CERVICALGIA
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/08/2023 **Hora Saída :** 11:39

Prestador da Evolução Médica: 1635 FERNANDO FERRAZ FARIA

HDA

trauma cervical ha 1 semana, no momento sem queixas

EXAME FISICO

sem alterações neurológicas, rx normal

TRATAMENTO

orientações, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA