

Atendimento: 1233583 - RODRIGO BARBOSA FERNANDES Lote: 1468517 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RODRIGO BARBOSA FERNANDES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
Guia.....: Validade.:  
Senha.....: Autoriz.:  
Carteira.: 2791094 Validade.: 30/08/2022 Titular...: RODRIGO BARBOSA FERNANDES  
: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

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 |
| HONORARIOS 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 |
|------------|------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 05/08/2022 | 40804054 JOELHO                          | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64    |
|            | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 |             |      |             |          |
| Total :    |                                          |             |      |             | 30,64    |

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                           | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 05/08/2022 | 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) |             | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
|            | FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970                      | CLINICO     |         |      |             |          |
| Total :    |                                                                |             |         |      |             | 65,00    |

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
2791094

9 - Validade da Carteira  
30/08/2022

10 - Nome  
RODRIGO BARBOSA FERNANDES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RIN  
N

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  
05/08/2022

23 - Indicação Clínica  
1 semana fratura tibia proximal

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

Dados do Contrato 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)

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 05/08/2022 09:39 09:39 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE  
2 05/08/2022 09:56 09:56 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 55.00 55.00  
001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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\$)  
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:** Rodrigo Barbosa Fernandes  
**Nº da Carteirinha:** 2.79.1094  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena

**Data de Nascimento:** 19/11/2008

**Nº da Guia:** 6992.003



| Data do Retorno | Horário  | Local  | Atividade               |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 02/08/2022      | 15:53:04 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Esquerdo |

### Descrição

O aluno Rodrigo estava na aula de Educação Física jogando futsal, e um colega deu um carrinho, e o aluno torceu o joelho.

| Testemunha da ocorrência     | Telefone        |
|------------------------------|-----------------|
| Professor de Educação Física | (41) 98464-5489 |
| Marcio                       | (41) 98464-5489 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Anderson (monitor da Escola )   | 28/07/2022 |

| Local de atendimento | Endereço           | Nº   | Bairro     | Telefone                          |
|----------------------|--------------------|------|------------|-----------------------------------|
| Hospital XV          | Rua XV de Novembro | 2223 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>( 41 )3218-2181 |

### Motivo do Retorno

Retorno de reavaliação pré-operatório 5/8

Ass.:

**Maurício Cabeleira**  
**Coordenador Disciplinar**

Maurício Correa Cabeleira

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)

Atendimento.....: 1233583

Pedido.....:

Paciente.....: RODRIGO BARBOSA FERNANDES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

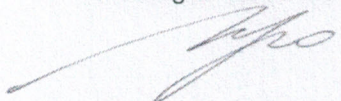
Data do Exame.: 05/08/2022

## RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Controle evolutivo com tala gessada.

10 de Agosto de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779

AMBULATORIO  
AMBULATORIOSFERNANDA.RIBEIRO  
05/08/2022 09:44:06

Atendimento: 1233583 Data do Atendimento: 05/08/2022  
Prontuário: 981991 Nome: RODRIGO BARBOSA FERNANDES  
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 19/11/2008  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Numero 2607

CEP: 83065470

Bairro: AFONSO PENA

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2791094

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 crédito/crédito.

5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

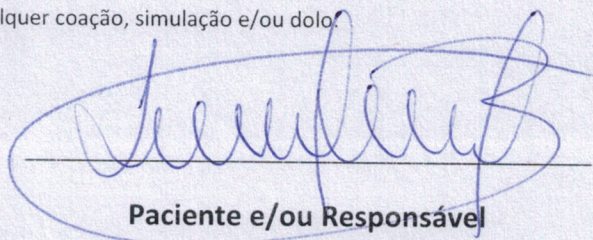
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de crédito/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..... : 1233583    **Prontuário:** 981991    **SAME:**    **Hora Atend:** 09:39    **Data Atend:** 05/08/2022  
Paciente..... : RODRIGO BARBOSA FERNANDES  
Endereço..... : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER  
Bairro..... : AFONSO PENA  
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 83065470  
CID Principal..... : S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA  
CID's Secundários. :    **Plano...:** UNICO  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 05/08/2022    **Hora Saída :** 10:43

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

**HDA**

1 semana fratura tibia proximal

**EXAME FISICO**

rx com fratura alinhada, sem desvio

**TRATAMENTO**

oriento manter ortese, retorno em 3 semanas para reavaliar

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1398367 DATA: 05/08/2022 09:55  
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ  
ATENDIMENTO: 1233583 DT NASC: 19/11/2008 (13A 8M 20D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 981991 - RODRIGO BARBOSA FERNANDES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 05/08/2022 09:39 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1233583\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

|                                                    | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) | 1   |         |    |     |            |               |

FERNANDO FERRAZ FARIA  
CRM: 26600