

Atendimento: 1262772 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS Lote: 1514221 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 8664002 Validade.:17/11/2022
Senha.....: 8664002 Autoriz.:17/11/2022
Carteira.: 367898 Validade.: 30/11/2022 Titular....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
: HUMBERTO GERONASSO

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
Total da Conta:						30,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
17/11/2022	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64
Total Geral:					30,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 8664002

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
17/11/2022

5 - Senha
8664002

6 - Data de Validade da Senha
8664002

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
367898

9 - Validade da Carteira
30/11/2022

10 - Nome
SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
17/11/2022

23 - Indicação Clínica
4 semanas fratura 5 mtt

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - QI.Solic.
28 - QI.Autoriz.

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
2

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 17/11/2022 09:06 22 40804097 RX - PE OU PODOCACTILIO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 30.64

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

48 - Sq. 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 do Procedimento em Série
1 - ____/____/____ 2 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 4 - ____/____/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
5 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 9 - ____/____/____ 10 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
30.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

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\$)
30.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.6.7898
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 8664.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
17/11/2022	09:09:37	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno descia as escadas para ir ao banheiro quando torceu o tornozelo direito nos degraus da escada foi a primeira torção, quando estava se encaminhando para a rua torceu novamente o tornozelo direito na saída para a rua tendo assim a segunda no mesmo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa Lima	24/10/2022

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

Solicitado retorno.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

Dr. Fernando Ferrez Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26.630 TEOT 1320

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 1262772

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 367898	9 - Validade da Carteira	10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	----------------------------------	--------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530618000107	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 - Cartão do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 17/11/2022	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
---	---------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	----------------------	------------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora HOSPITAL XV LTDA	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Rai.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--	----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1262772

Pedido.....:

Paciente.....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

Data do Exame.: 17/11/2022

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

21 de Novembro de 2022

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

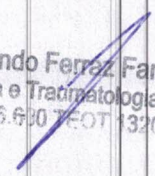
AMBULATORIO
AMBULATORIOSFERNANDA RIBEIRO
17/11/2022 08:58:30

Atendimento: 1262772 Data do Atendimento: 17/11/2022
Prontuário: 985076 Nome: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 20/09/2011
RG: 155134925 CPF: 14437048903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998450318
Rua: HUMBERTO GERONASSO Numero 863 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367898
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



Dr. Fernando Ferraz Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26.630 TROT 13208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1262772 **Prontuário:** 985076 **SAME:** **Hora Atend:** 08:54 **Data Atend:** 17/11/2022
Paciente..... : SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS **Idade:** 11 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560160
CID Principal..... : S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/11/2022 **Hora Saída :** 09:28
Prestador da Evolução Médica: 1635 **FERNANDO FERRAZ FARIA**

HDA

4 semanas fratura 5 mtt

EXAME FISICO

rx com fratura consolidada

TRATAMENTO

orientações, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1430523 DATA: 17/11/2022 09:06
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1262772 DT NASC: 20/09/2011 (11A 2M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 985076 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/11/2022 08:54 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1262772*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1						

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600