

Atendimento: 1524495 - SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI Lote: 1922972 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
Guia.....: 24039003 Validade.:04/04/2025
Senha.....: 24039003 Autoriz.:04/04/2025
Carteira.: 2791795 Validade.: 05/02/2026 Titular...: SARA HADASSA DA SILVA
: SAO JOSE MARIA ESCRIVA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						162,88

TAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
			Total :		47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/03/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
			Total :		35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/03/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO) FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
			Total :			80,00
Total Geral:						162,88



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

2 - Nº Guia no Prestador **24039003**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/04/2025		5 - Senha 24039003	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24039003	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791795		9 - Validade da Carteira 05/02/2026	
10 - Nome SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI		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 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 1		22 - Data da Solicitação 04/04/2025	
23 - Indicação Clínica 4 semanas fratura tornozelo D			
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 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	
42 - Qtde.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - Fator R/Acr	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 13/03/2025 10:29 10:29 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		001 1.0 80.00 80.00	
2 13/03/2025 10:35 10:35 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 35.58 35.58	
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 do 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\$) 115.58		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 47.30	
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\$) 162.88			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Sara Hadassa Climaco Zamboni
Nº da Carteira: 2.79.1795
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 25/01/2013

Nº da Guia: 24039.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/03/2025	13:31:37	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava em atividade de educação física, acabou caindo por cima do pé, consequentemente ainda está sentindo bastante dor.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Joana, Delman

Data

05/02/2025

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

A Sara precisa retornar ao Hospital XV a pedido do médico, no dia 13/03/25, para uma consulta, realização de um raio x, e retirada do gesso.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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

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

10

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

ROBERT D. LUTHER
1910-1911

AMBULATÓRIO
AMBULATORIOSLUAN.NASCIMENTO
13/03/2025 10:32:57

Atendimento: 1524495 Data do Atendimento: 13/03/2025
Prontuário: 930441 Nome: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 25/01/2013
RG: CPF: 11379819970 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: SAO JOSE MARIA ESCRIVA

Numero 700

CEP: 83085490

Bairro: COLONIA ACIOLI

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2791795

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



PRESCRIÇÃO.: 1726841 DATA: 13/03/2025 10:34
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1524495 DT NASC: 25/01/2013 (12A 1M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 930441 - SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/03/2025 10:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1524495

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1						

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

PRESCRIÇÃO.: 1726890 DATA: 13/03/2025 11:54
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1524495 DT NASC: 25/01/2013 (12A 1M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 930441 - SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/03/2025 10:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO... COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1524495*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. RETIRADA DE GESSO-60022264	1					[13/03]	11:54
-> SERRA PARA GESSO 60022264	1	UNIDADE					

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

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

Período de 13/03/2025 a 13/03/2025

Atendimento: **1524495 SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI**

Nascimento: 25/01/2013

Mãe: MARCIA CLIMANN

Internação: 13/03/2025 CID: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00726974

Data: 13/03/2025

Hora: 12:20

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO
RETIRADA DE GESSO CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

1555 SILVANA APARECIDA RIBEIRO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 960613

Silvana Apª Ribeiro da Cruz
Téc. Enfermagem
COREN/PR 960613

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1524495 **Prontuário:** 930441 **SAME:**
Paciente..... : SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Endereço..... : SAO JOSE MARIA ESCRIVA
Bairro..... : COLONIA ACIOLI
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/03/2025

Hora Atend: 10:29 **Data Atend:** 13/03/2025
Idade: 12 a

UF...: PR **CEP:** 83085490
Plano...: UNICO

Hora Saída : 11:57

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

HDA

4 semanas fratura tornozelo D

EXAME FISICO

rx com fratura consolidada

TRATAMENTO

orientações, retiro gesso, retorno sn

Dr. Fernando Ferraz Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 26600 / TEOT 13203

FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1524495
Pedido.....: 864423
Paciente.....: SARA HADASSA CLIMACO ZAMBONI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA
Data do Exame.: 13/03/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo realizado em aparelho gessado.

17 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639