

Paciente.: SOPHIE MIYUKI INOUE
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: FERNANDO FERRAZ FARIA / 26600
 Guia.....: 12412001 Validade.:05/09/2023
 Senha.....: 12412001 Autoriz.....:05/09/2023
 Carteira.: 2117753 Validade.: 31/12/2024 Titular...: SOPHIE MIYUKI INOUE
 : ALAMEDA CABRAL

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
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						138,64

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

278 RAIOS X

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
10/08/2023	40803090 COTOVELO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930			Total :	30,64

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/08/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO FERNANDO FERRAZ FARIA - 26600 05372182970	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 12412001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Série
12412001

12412001

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2117753

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
SOPHIE MIYUKI INOUE

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
4 semanas fratura cotovelo

27 - Ql.Solic. 28 - Cl.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 (ocidente 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 10/08/2023 11:04 11:04 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE
2 10/08/2023 11:17 11:17 22 40803090 RX - COTOVELO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 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 - Gr. Part 50 - Cod 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 OPME (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

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1639766

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Sophie Miyuki Inoue
Nº da Carteira: 2.11.7753
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 24/08/2017

Nº da Guia: 12412.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	11:01:08	Playground (Ex.: parquinho)	Recreação

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cotovelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava brincando no parquinho, tropeçou no brinquedo e caiu em cima do braço. Apresenta inchaço e dor no cotovelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Prof. Ana Paula Stachak

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Ana Paula Stachak

Data

19/07/2023

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

Retorno para retirada do gesso e exame de Raio X.

CNPJ: 76.726.88/00053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Ass.:
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peganha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccab.casp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1342822

Pedido.....: 75344

Paciente.....: SOPHIE MIYUKI INOUE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FERNANDO FERRAZ FARIA

Data do Exame.: 10/08/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame evolutivo realizado em aparelho gessado.

11 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AMBULATORIO
AMBULATORIOS

Atendimento: 1342822 Data do Atendimento: 10/08/2023
Prontuário: 1000440 Nome: SOPHIE MIYUKI INOUE
Sexo: FEMININO Idade: 5 Data de Nascimento: 24/08/2017
RG: CPF: 13537414943 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 613 CEP: 80510240
Rua: ALAMEDA CABRAL Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: SAO FRANCISCO Matricula: 2117753
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117753
Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA CRM: 26600
Responsável: ANA TERESA STASIO Parentesco: MAE

- 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..... : 1342822 Prontuário: 1000440 SAME: Hora Atend: 11:04 Data Atend:10/08/2023
Paciente..... : SOPHIE MIYUKI INOUE Idade: 5 a
Endereço..... : ALAMEDA CABRAL
Bairro..... : SAO FRANCISCO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 80510240
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/08/2023 Hora Saída : 12:17

Prestador da Evolução Médica: 1635 FERNANDO FERRAZ FARIA

HDA

4 semanas fratura cotovelo

EXAME FISICO

rx com fratura consolidada

TRATAMENTO

retiro gesso, orientações, retorno sn

FERNANDO FERRAZ FARIA / 28600
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1523329 DATA: 10/08/2023 11:16
USUÁRIO.....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1342822 DT NASC: 24/08/2017 (5A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1000440 - SOPHIE MIYUKI INOUE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/08/2023 11:04 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1342822

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)	1					

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

PREScrição.: 1523361 DATA: 10/08/2023 12:13
USUÁRIO....: FERNANDO.FERRAZ
ATENDIMENTO: 1342822 DT NASC: 24/08/2017 (5A 11M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1000440 - SOPHIE MIYUKI INOUE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/08/2023 11:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: FERNANDO FERRAZ FARIA SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERU CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1342822

PREScrição MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. RETIRADA DE GESSO	1					[10/08] . 12:13
	-> SERRA PARA GESSO		1 UNIDADE				

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

FERNANDO FERRAZ FARIA
CRM: 26600

Período de 10/08/2023 a 10/08/2023

Atendimento: 1342822 SOPHIE MIYUKI INOUE
Mãe: ANA TERESA STASIO INOUE
Internação: 10/08/2023 CID: S424 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEROS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço:

Nascimento: 24/08/2017

Unidade:
Médico: FERNANDO FERRAZ FARIA

Evolução/Anotação: 00639308

Data: 10/08/2023

Hora: 14:26

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 960.613

Silvana