

Atendimento: 1473445 - ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO Lote: 1844151 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078  
Guia.....: 21281 Validade.:23/09/2024  
Senha.....: 21281 Autoriz.:23/09/2024  
Carteira.: 2791569 Validade.: 31/12/2024 Titular....: ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO  
: RUA LAERTE FENELON

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| 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:       |           |       |          |                |       | 115,58 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 23/09/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| Total :    |                                                                                |             |      |             | 35,58    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF     | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 23/09/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO               | UND         | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
|            | EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902 | CLINICO     |         |      |             |          |
| Total :    |                                          |             |         |      |             | 80,00    |

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **21281**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 3 - Número da Guia Principal                                            |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 4 - Data de Autorização<br><b>23/09/2024</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 5 - Senha<br><b>21281</b>                                               |  | 6 - Data de Validade da Senha                          |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>21281</b> |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 8 - Número da Carteira<br><b>2791569</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2024</b>                           |  | 10 - Nome<br><b>ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO</b>       |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                     |  | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>EDER HENRIQUE CORREA</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                         |  | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                |  | 17 - Número no Conselho<br><b>45078</b>                     |  | 18 - UF<br><b>41</b>              |  | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |                                    |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 22 - Data da Solicitação<br><b>23/09/2024</b>                           |  | 23 - Indicação Clínica<br><b>REFERE TRUMA EM 1 QDD</b> |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 24 - Tabela<br><b>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial</b><br><b>26 - Descrição</b><br><b>27 - Qt. Solic.</b><br><b>28 - Qt. Autoriz.</b>                                                                                                                                                              |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 29 - Código na Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b> |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |  | 34 - Tipo de Consulta                                  |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 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 23/09/2024 20:46 20:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 2 23/09/2024 22:07 22:07 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 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\$) <b>115.58</b> 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b> 61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b> 62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b> 63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b> 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b> 65 - Total Geral (R\$) <b>115.58</b> |  |                                                                         |  |                                                        |  |                                                             |  |                                   |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                         |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável         |  |                                                             |  | 68 - Assinatura do Contratado     |  |                                  |  |                                             |  |                                    |  |



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

2 - Nº Guia no Prestador 21281

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                           |  |                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                |  | 3 - Número da Guia Principal                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>23/09/2024                                                                                                                     |  | 5 - Senha<br>21281                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                             |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21281 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2791569                                                                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2024               |  |
| 10 - Nome<br>ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO                                                                                                                 |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                     |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                        |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                                                           |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                          |  |                                                      |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>23/09/2024                                                                                                                    |  |                                                      |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                    |  |                                                      |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição                                                                         |  |                                                      |  |
| 27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                      |  |                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                                                                          |  |                                                      |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                     |  |                                                      |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 23/09/2024 20:46 20:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  |                                                      |  |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 80.00 80.00                                                |  |                                                      |  |
| 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                                                          |  |                                                      |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>80.00                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                                              |  |                                                      |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                     |  |                                                      |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                                          |  |                                                      |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                              |  |                                                      |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                            |  |                                                      |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                             |  |                                                      |  |

Dr. Eder Henrique Correa  
Otorrinolaringologista XV  
CRM: 45078

*[Assinatura]*

\*1811151\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 21281

Folha: 1 / 1

|                                                                  |                                                                  |                                                |                                                      |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                       | 3 - Número da Guia Principal                                     |                                                |                                                      |
| 4 - Data de Autorização<br>23/09/2024                            | 5 - Senha<br>21281                                               | 6 - Data de Validade da Senha                  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21281 |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                     |                                                                  |                                                |                                                      |
| 8 - Número da Carteira<br>2791569                                | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2024                           | 10 - Nome<br>ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO      | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |
|                                                                  |                                                                  |                                                | 12 - Atendimento a RN<br>N                           |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                      |                                                                  |                                                |                                                      |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                       | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |                                                |                                                      |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA             | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 | 17 - Número no Conselho<br>0000                | 18 - UF<br>41                                        |
|                                                                  |                                                                  | 19 - Código CBO                                | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b> |                                                                  |                                                |                                                      |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                 | 22 - Data da Solicitação<br>23/09/2024                           | 23 - Indicação Clínica                         |                                                      |
| 24 - Tabela                                                      | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 | 26 - Descrição                                 |                                                      |
|                                                                  |                                                                  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.              |                                                      |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                            |                                                                  |                                                |                                                      |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                       | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |                                                | 31 - Código CNES<br>3005585                          |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                      |                                                                  |                                                |                                                      |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta                          | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>     |                                                                  |                                                |                                                      |
| 36 - Data                                                        | 37 - Hr. Inicial                                                 | 38 - Hr. Final                                 | 39 - Tabela                                          |
| 1 23/09/2024                                                     | 20:46                                                            | 20:46                                          | 22 10101039                                          |
| 40 - Procedimento                                                |                                                                  | 41 - Descrição                                 | 42 - Qtde.                                           |
| CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                       |                                                                  |                                                | 001                                                  |
|                                                                  |                                                                  | 43 - Via                                       | 44 - Téc.                                            |
|                                                                  |                                                                  | 45 - Fator R/Acr                               | 46 - Valor Unitário                                  |
|                                                                  |                                                                  | 1.0                                            | 80.00                                                |
|                                                                  |                                                                  | 47 - Valor Total                               | 80.00                                                |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>        |                                                                  |                                                |                                                      |
| 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                                      |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>         |                                                                  |                                                |                                                      |
| 1 - / /                                                          | 3 - / /                                                          | 5 - / /                                        | 7 - / /                                              |
| 2 - / /                                                          | 4 - / /                                                          | 6 - / /                                        | 8 - / /                                              |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>                           |                                                                  |                                                |                                                      |
|                                                                  |                                                                  |                                                |                                                      |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>80.00                       | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                     | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00          | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                         | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                     | 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                |                                                      |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                  |                                                                  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                      |
|                                                                  |                                                                  | 68 - Assinatura do Contratado                  |                                                      |

Dr. Eder Henrique Correa  
Ortopedista XV  
CRM: 45078

\*1211151\*

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Ana Sofia Melchior de Aragão  
**Nº da Carteira:** 2.79.1569  
**Instituição:** Colégio Adventista Afonso Pena



**Data de Nascimento:** 02/12/2011

**Nº da Guia:** 21281

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 23/09/2024         | 15:02:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                  |
|-----------------|----------------------------------|
| Torção          | Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita |

### Descrição

durante aula de ed. física açuna torceu o polegar direito para traz.

### Testemunha da ocorrência

Colegas

### Telefone

(41) 3084-9494

### Quem prestou primeiros socorros

Sincler

### Data

23/09/2024

### Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

### Endereço

Rua XV de Novembro

Nº  
222  
3

### Bairro

Alto da Xv

### Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

### Observações

foi aplicado gelo no local e imobilizado temporariamente ate averiguação especializada caso ache necessário

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

**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.....: 1473445

Pedido.....: 832702

Paciente.....: ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 23/09/2024

## RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONADINAJARA.SOARES  
23/09/2024 20:49:10

Atendimento: 1473445 Data do Atendimento: 23/09/2024  
Prontuário: 1014216 Nome: ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO  
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 02/12/2011  
RG: CPF: 10070101930 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: RUA LAERTE FENELON Numero 1190 CEP: 83055050  
Bairro: IPE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791569  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: ANA CAROLINA MELCHORS 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, OPM, 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.

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

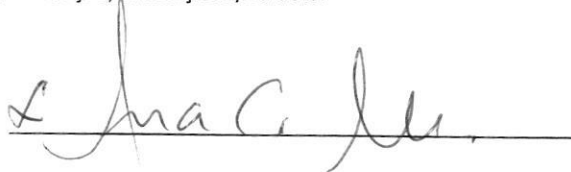
6 - Se o(a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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, 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

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ANA SOFIA M. DE ARAGÃO-12 ANOS

Início da Triagem 20:42:23.

Fim da Triagem 20:45:24.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**ORTOPÉDICO**

**Motivo do Atendimento:**

QP.:TRAUMA E DOR EM MSD/DEDO POLEGAR-23/09  
PESO:64KG

**Comorbidades:** , ANSIEDADE.

**MUC:** RIVOC 75 MG

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA:120/54 mmHg    FC:82bpm    FR:rpm    Tax:36.3°C    SatO2:98%  
ECG:    Dor:2

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA

Data: 23/09/2024.

ENF?. MATHEUS GAMA, COREN-PR 478841

PRESCRIÇÃO.: 1671228 DATA: 23/09/2024 22:06  
USUÁRIO.....: EDER.CORREA  
ATENDIMENTO.: 1473445 DT NASC: 02/12/2011 (12A 9M 23D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1014216 - ANA SOFIA MELCHIORES DE ARAGAO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 23/09/2024 20:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1473445\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

|                                          | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: 1 QDD AP OBLIQUA E TRAÇAO          |     |         |    |     |            |               |

Dr. Eder Henrique Correa  
Ortopedista XV  
CRM: 45078

EDER HENRIQUE CORREA  
CRM: 45078

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1473445    Prontuário: 1014216    SAME: 1014216    Hora Atend: 20:46    Data Atend: 23/09/2024  
Paciente..... : ANA SOFIA MELCHORS DE ARAGAO    Idade: 12 a  
Endereço..... : RUA LAERTE FENELON  
Bairro..... : IPE  
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    UF.: PR    CEP: 83055050  
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO    Plano...: UNICO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 24/09/2024  
Prestador da Evolução Médica: 1811    EDER HENRIQUE CORREA    Hora Saída : 01:13

HDA

REFERE TRUMA EM 1 QDD

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA  
DOR À PALPAÇÃO EM METACARPO FALANGE 1 QDD  
TENDÕES ÍNTEGROS  
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO 1 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO 1 QDD

TRATAMENTO

ORTESE DE PUNHO ENGLOBANDO O POLEGAR PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO  
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

Dr. Eder Henrique Correa  
Ortopedista XV  
CRM: 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA