

Atendimento: 1372255 - ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO Lote: 1685903 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 14461 Validade.:10/11/2023
Senha.....: 14461 Autoriz.:10/11/2023
Carteira.: 2791641 Validade.: 22/02/2024 Titular....: ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO
: PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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
10/11/2023		40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :						30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data		Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/11/2023		10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :							65,00

Total Geral: 95,64

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1372255

Data do Atendimento: 10-11-2023

Prontuário: 1006543

Nome: ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO

Sexo: FEMININO

Idade: 16

Data de Nascimento: 31-05-2007

RG:

CPF:

Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Numero 2329

CEP: 83050160

Rua: PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Bairro: AFONSO PENA

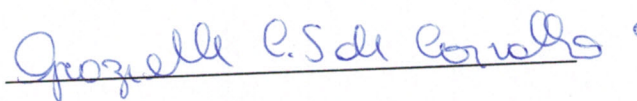
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791641

CRM: 0000

Médico: PLANTONISTA

Responsável: GRAZIELLE DE CRISTO SILVA DE CARVALH 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anna Beatriz Carvalho de Castro
Nº da Carteira: 2.79.1641
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 31/05/2007

Nº da Guia: 14461



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2023	11:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	5º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluna estava na aula de educação física jogando futsal descalço e quando foi chutar a bola, errou o chute e acabou chutando o calcanhar de uma colega. Consequentemente torceu o dedo mindinho do pé direito no tornozelo da outra colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marilei	08/11/2023

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

Observações

Aluna foi atendida no Colégio com gelo no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

PRESCRIÇÃO.: 1556699 DATA: 10/11/2023 17:23
USUÁRIO....: GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1372255 DT NASC: 31/05/2007 (16A 5M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1006543 - ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2023 16:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1372255**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1372255 **Prontuário:** 1006543 **SAME:** 1006543 **Hora Atend:** 16:49 **Data Atend:**10/11/2023
Paciente..... : ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO **Idade:** 16 a
Endereço..... : PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83050160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S601 - CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/11/2023 **Hora Saída :**08:37

Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO EM 5 PDD EVOLUINDO COM DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTO ,
NEGA OUTRAS QUEIXAS , NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLAD A, NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVRE ,

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE 5 PDD
ENCERRO ATENDIMENTO DO COLEGA NO SISTEMA A PEDIDO DA ADMINISTRAÇÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE 5 PDD

TRATAMENTO

ORIENTO , LISADOR , FLANCOX , REPOUSO , RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE
ALERTA

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1372255
771245

Paciente.....: ANNA BEATRIZ CARVALHO DE CASTRO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
Data do Exame.: 10/11/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

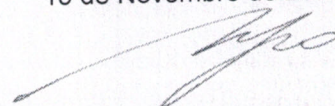
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

15 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149