

Atendimento: 1326559 - ANNA FORTES GUTERRES Lote: 1614078 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANNA FORTES GUTERRES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 11901 Validade.:16/06/2023
Senha.....: 11901 Autoriz.:16/06/2023
Carteira.: 2791025 Validade.: 30/12/2023 Titular....: ANNA FORTES GUTERRES
: CAMILO PEREIRA DE LIMA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
ONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

ONORARIOS MEDICOS

270 . PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 11901

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 16/06/2023		5 - Senha 11901	
6 - Data de Validade da Sanhe		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11901	
8 - Número da Carteira 2791025		9 - Validade da Carteira 30/12/2023	
10 - Nome ANNA FORTES GUTERRES		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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38421		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 16/06/2023	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM MAO ESQ HOJE			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Ql.Solic.	
28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contrato e Execução			
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 16/06/2023 20:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 16/06/2023 20:45 22 40903120 RX - MAO OU QUINODACTILO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 39.83 39.83	
Identificação do(a) Profissional(s) 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 de 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 P. Procedimentos (R\$) 104.83		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\$) 104.83			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anna Fortes Guterres
Nº da Carteirinha: 2.79.1025
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 26/10/2017

Nº da Guia: 11901

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/06/2023	14:40:00	Playground (Ex.: parquinho)	Brincadeiras no parquinho!

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

Descrição

A Anna estava brincando dentro do parquinho, quando se chocou com um coleguinha e acabou machucando o dedo da mão esquerda. Ela falou que sente pouca dor, e consegue mexer o dedo normal, aparentemente ela está bem e não está chorando.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gisele	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	16/06/2023

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

Nós fizemos o atendimento e colocamos gelo no local machucado. Tentamos o contato com a mãe, mas não conseguimos. Mesmo assim fizemos o encaminhamento para o Hospital XV. E vamos continuar tentando o contato.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rogério Pereira De Santana

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

Rebecca N. Fortes



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

2 - Nº Guia no Prestador 11901

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
2791025		ANNA FORTES GUTERRES	
			N

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código da Operadora	HOSPITAL XV LTDA		
76530518000107			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
PLANTONISTA	06	0000	41

21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2		16/06/2023	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1 22		10101039	Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.		28 - Qt Autoriz.
1		0

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

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

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

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - L	2 - L	3 - L	4 - L
5 - L	6 - L	7 - L	8 - L
9 - L	10 - L		

59 - Observação / Justificativa	60 - Total de Taxas e Autôgrafos (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (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
	Ricardo N. Fortes	



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

2 - Nº Guia no Prestador 11901

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Semha	6 - Data Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2791025	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANNA FORTES GUTERRES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código do Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Ricardo S. Falavinha Jr Ortopedia e Traumatologia CRM 38421
----------------------	--	---	--	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/06/2023	23 - Indicação Clínica
---	-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql Solic. 1	28 - Ql Autoriz. 0
------------------	--	--	---------------------	-----------------------

Dados do Contrato 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 (acidente 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 / Acreac.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

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

55 - Data da Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - L	3 - L	5 - L	7 - L	9 - L	10 - L		
1 - L	2 - L	3 - L	4 - L	5 - L	6 - L	7 - L	8 - L	9 - L	10 - L

56 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

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

Atendimento.....: 1326559
Pedido.....: 744236
Paciente.....: ANNA FORTES GUTERRES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
Data do Exame.: 16/06/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

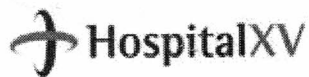
Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange medial do 5º dedo.

18 de Junho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

LUCINEIA.ALVES
16/06/2023 20:34:15

Atendimento: 1326559 Data do Atendimento: 16/06/2023
Prontuário: 998824 Nome: ANNA FORTES GUTERRES
Sexo: FEMININO Idade: 5 Data de Nascimento: 26/10/2017
RG: CPF: 13664865952 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992226765
Rua: CAMILO PEREIRA DE LIMA Numero 1306 CEP: 83070330
Bairro: ROSEIRA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791025
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: REBECCA NEVES FORTES 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : anna fortes guteres

Início da Triagem 20:23:12.

Fim da Triagem 20:24:41.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

trauma na mao

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS:sem alergia

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:125bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:100% ECG:
Dor:

Data: 16/06/2023.

Enfermeiro (a) KESIA BELTRAO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326559 **Prontuário:** 998824 **SAME:** 998824 **Hora Atend:** 20:32 **Data Atend:** 16/06/2023
Paciente..... : ANNA FORTES GUTERRES
Endereço..... : CAMILO PEREIRA DE LIMA
Bairro..... : ROSEIRA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83070330
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/06/2023 **Hora Saída :** 21:16

Prestador da Evolução Médica: 1165 **RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR**

HDA

TRAUMA DIRETO EM MAO ESQ HOJE

EXAME FISICO

DOR EM ART IFD DO 5QD
EDEMA 1+/4+. AUSENCIA EQUIMOSE
ADM PRESERVADA E DOLOROSA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

ANALGESIA
GELO
ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA.
RECOMENDO RETORNO IMEDIATO AO PS SE PIORA, PERSISTÊNCIA, MUDANÇA DE PADRÃO OU SINAIS DE ALERTA

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1503887 DATA: 16/06/2023 20:44
USUÁRIO....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1326559 DT NASC: 26/10/2017 (5A 7M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998824 - ANNA FORTES GUTERRES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/06/2023 20:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1326559

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 5 QDE AP+P						

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421