

Atendimento: 1292811 - ANTHONY SILVESTRE DA COSTA Lote: 1560971 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 9839 Validade.:02/03/2023
Senha.....: 9839 Autoriz.:02/03/2023
Carteira.: 2781661 Validade.: 30/12/2023 Titular.... ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
: MARIA MAIA DUARTE

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
HONORARIOS 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
02/03/2023	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 9839

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 02/03/2023	5 - Senha 9839
---------------------------------------	-------------------

Dados do Beneficiário	6 - Data de Validade da Senha
8 - Número da Carteira 2781661	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9839

Dados do Solicitante	10 - Nome ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
13 - Código da Operadora 76530518000107	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELO	12 - Atendimento a RN N
---	----------------------------

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
21 - Caracter do Atendimento 2	16 - Conselho Profissional 06

22 - Data da Solicitação 02/03/2023	17 - Número no Conselho 21523
23 - Indicação Clínica DOR JOELHO ESQ RELATA HA CERCA DE 7 H TRCOLISAO MOTO BIKE COM TRAUMA DIRETO DA MOTO NA PERNA ESQ	18 - UF 41

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	19 - Código CBO 225270
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Contratado Executante	31 - Código CNES 3005585
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
	1 02/03/2023 19:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
	2 02/03/2023 19:24 22 40804054 RX - JOELHO

42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total	48-Bq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional
001 1.0 65.00 65.00	
001 1.0 39.83 39.83	

52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 104.83	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gastos Medicinas (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: Anthony Silvestre da Costa
Nº da Carteirinha: 2.78.1661
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 29/01/2011

Nº da Guia: 9839

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/03/2023	16:59:00	Estacionamento	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Acidente de moto	Perna Direita

Descrição

O aluno estava saindo do colégio pelo estacionamento de bicicleta e a chocou com uma moto. Machucando assim a perna esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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

o aluno foi encaminhado ao hospital de referencia junto a responsável (mãe).

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 9839

Folha: 1 / 1

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

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

8 - Número da Carteira 2781661	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANTHONY SILVESTRE DA COSTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM N
-----------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
13 - Código da Operadora 76630518000107	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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/03/2023			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql.Solic. 1	28 - Ql.Autoriz. 0

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

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		42 - Cite.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição		

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		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 - ☐	2 - ☐	3 - ☐	4 - ☐	5 - ☐	6 - ☐	7 - ☐	8 - ☐	9 - ☐	10 - ☐

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável A. Silvestre da Costa	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Atendimento.....: 1292811

Pedido.....: 723553

Paciente.....: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Data do Exame.: 02/03/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

11 de Marco de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
02/03/2023 19:04:57

Atendimento: 1292811 Data do Atendimento: 02/03/2023
Prontuário: 992690 Nome: ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 29/01/2011
RG: 159839516 CPF: 14906053980 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 97958634

Rua: MARIA MAIA DUARTE Numero 46 CEP: 83331410
Bairro: VILA MARIA ANTONIETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781661
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DEBORA DE OLIVEIRA SILVESTRE 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.

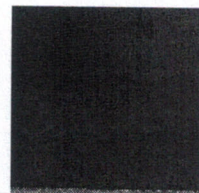


Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : ANTHONY SILVESTRE DA COSTA

Início da Triagem: 18:23:01.

Fim da Triagem: 19:01:57.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA NA PERNA ESQUERDA. HOJE NA SAIDA DA ESCOLA, ACIDENTE DE MOTO.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:87bpm FR:rpm Tax:35,8°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 01/03/23.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1292811 Prontuário: 992690 SAME: 992690 Hora Atend: 19:00 Data Atend: 02/03/2023
Paciente..... : ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
Idade: 12 a
Endereço..... : MARIA MAIA DUARTE
Bairro..... : VILA MARIA ANTONIETA
Cidade..... : PINHAIS
UF.: PR CEP: 83331410
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/03/2023 Hora Saída : 20:00
Prestador da Evolução Médica: 208 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

HDA

DOR JOELHO ESQ
RELATA HÁ CERCA DE 7 H TRCOLISÃO MOTO BIKE COM TRAUMA DIRETO DA MOTO NA PERNA ESQ.
REFERE DOR FACE MEDIAL CERCA DE 20 MIN APÓS. NEGA USO DE GGELO OU MEDICAÇÃO.
HMP SP

EXAME FISICO

SEM EDEMA
SEM DERRAME
ESCORIAÇÃO RAIZ DA COXA
NORMOEIXO
DOR A PALPAÇÃO VENTRE MUSCULAR VMO. EA
ADM NORMAL
RX SP

DIAGNOSTICO

RX SEM FRATURA CONTUSÃO COXA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SEM FRATURA CONTUSÃO COXA

TRATAMENTO

GELCO, PRESCREVO TRIPLOA, ORIENTO CUIDADOS E RET AO PS SN., AO ORTOPEDIATRA EM 2 SEMANAS
ATESTADO PARA PARAR ATIV FÍSICAS POR 15 DIAS E COMPARECIMENTO PARA A MÃE

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 71523

PRESCRIÇÃO.: 1464271 DATA: 02/03/2023 19:24
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1292811 DT NASC: 29/01/2011 (12A 1M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 992690 - ANTHONY SILVESTRE DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/03/2023 19:00 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1292811

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1						

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523