

Atendimento: 1528341 - ARTHUR MACKSON DE ANDRADE Lote: 1928787 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR MACKSON DE ANDRADE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 25525 Validade.:25/03/2025
Senha.....: 25525 Autoriz.:25/03/2025
Carteira.: 25525 Validade.: 11/11/2025 Titular...: ARTHUR MACKSON DE ANDRADE
: RUA NOELI NUNES RAMOS

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

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
25/03/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
25/03/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	80,0000	80,00
	ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	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 **25525**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25525	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25525	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 25525		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome ARTHUR MACKSON DE ANDRADE		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	
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 45201		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA AXIAL EM 3° QDD CONTRA BOLA DE BASQUETE HA 1 DIA.			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 25/03/2025 10:19 10:19 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 25/03/2025 10:51 10:51 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 Procedimentos (R\$) 115.58		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 Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Mackson de Andrade
Nº da Carteira: 2.79.462
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 15/05/2013

Nº da Guia: 25525



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/03/2025	11:29:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

O Arthur estava na aula de Educação Física jogando basquete, quando a bola bateu em sua mão e virou o 3º dedo da mão direita. Consequentemente ele sente bastante dor no local.

Testemunha da ocorrência

Prof Érica

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Rogério

Data

24/03/2025

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

Realizei o atendimento e coloquei gelo no local. Fiz contato com a mãe e avisei o ocorrido. Estou fazendo o encaminhamento para o Hospital XV.


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

Impresso por: Rogério Pereira De Santana

1 de 1

24/03/2025 11:39





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

2 - Nº Guia no Prestador **25525**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25525	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25525	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 25525		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome ARTHUR MACKSON DE ANDRADE		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	
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			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
23 - Indicação Clínica		Dr. Abner A. Ferreira Médico CRM-PR 45201	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 25/03/2025 10:19 10:19 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 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 Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 80.00			
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 **25525**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25525	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25525	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 25525		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome ARTHUR MACKSON DE ANDRADE		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	
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. Abner A. Ferreira Medico CRM-PR 45201	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 25/03/2025 10:19 10:19 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 Procedimentos (R\$) 80.00 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 Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

WENDY.FERREIRA
25/03/2025 10:23:50

Atendimento: 1528341 Data do Atendimento: 25/03/2025
Prontuário: 1037780 Nome: ARTHUR MACKSON DE ANDRADE
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 15/05/2013
RG: CPF: 14316015940 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997253266
Rua: RUA NOELI NUNES RAMOS Numero 574 CEP: 83070142
Bairro: ROSEIRA DE SAO SEBASTIAO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 25525
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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 : ARTHUR DE ANDRADE, 11 ANOS

Início da Triagem: 10:17:18.

Fim da Triagem: 10:18:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 3º QDD ONTEM COM BOLA DE BASQUETE. REFERE DOR E EDEMA NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:94bpm FR:rpm Tax:36°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 25/03/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1730963 DATA: 25/03/2025 10:50
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1528341 DT NASC: 15/05/2013 (11A 10M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1037780 - ARTHUR MACKSON DE ANDRADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 10:19 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1528341*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: 3° QDD AP + PERFIL							


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1528341 Prontuário: 1037780 SAME: 1037780 Hora Atend: 10:19 Data Atend:25/03/2025
Paciente..... : ARTHUR MACKSON DE ANDRADE Idade: 11 a
Endereço..... : RUA NOELI NUNES RAMOS
Bairro..... : ROSEIRA DE SAO SEBASTIAO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83070142
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 25/03/2025 Hora Saída : 18:55

Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA AXIAL EM 3° QDD CONTRA BOLA DE BASQUETE HÁ 1 DIA.

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUMENTO DE VOLUME, EQUIMOSE E DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DE IFP DO 3° QDD.
ADM PRESERVADA, NV RPESERVADO; RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO 3° QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO 3° QDD

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
COM ORTOPEDISTA PEDIATRICO

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1528341**Pedido.....:** 866802**Paciente.....:** ARTHUR MACKSON DE ANDRADE**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** ABNER ALVES FERREIRA**Data do Exame.:** 25/03/2025**EXAME RADIOLÓGICO DA****MÃO DIREITA****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

08 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618