

Atendimento: 1237018 - ARTHUR MARQUARDT Lote: 1473960 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR MARQUARDT
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 7309 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 367861 Validade.: 30/12/2023 Titular....: ARTHUR MARQUARDT
: SAO BARTOLOMEU

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
17/08/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
17/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158341

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Nome do Beneficiário 367861	9 - Nome ARTHUR MARQUARDT
10 - Nome da Carteira 30/12/2023	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 PATRICK WILLIAN PADOANI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 39478	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/08/2022
23 - Indicação Clínica PRENDEU 30, 40 E 50 DEDOS DA MAO ESQUERDA NA PORTA. TEM DOR.	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contrato Executado	
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) 2
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 1 17/08/2022 11:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 17/08/2022 11:40 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILIO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 30.64 30.64
Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 95.64	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 Médicinas (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 95.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Marquardt

Nº da Carteirinha: 3.6.7861

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 19/08/2008

Nº da Guia: 7309



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/08/2022	10:31:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
apertou os dedos na porta	3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava com as mão na porta, quando uma colega, sem ver acabou fechando a porta e apertando os dedos dele. Foi encaminhado ao ambulatório com dores e marcas no local.

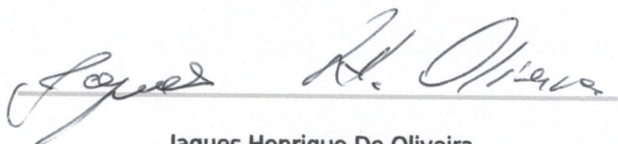
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora	17/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Observações
Foi aplicado gelo e o aluno segue e, observação. As dores diminuíram e foi feito contato com a mãe.

Ass.:



Jaques Henrique De Oliveira

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7309

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367861

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ARTHUR MARQUARDT

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

PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39478

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

17/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7309

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367861

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ARTHUR MARQUARDT

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

PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39478

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Jr. Marcelo Padoani
MÉDICO
RIONEUSIA E TRILAN FOTOGRAFIA
RUA PI 38, 37 - JOE 28, 45

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

17/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

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 de 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 - Txc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ALESSANDRA NICOLAU

Data/Hora: 17/08/2022 11:33:15

Controle: 06

Atendimento: 1237018

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1237018

.....: 690675

Paciente.....: ARTHUR MARQUARDT

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data do Exame.: 17/08/2022

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

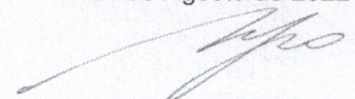
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

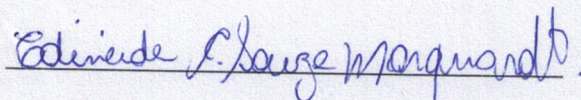
24 de Agosto de 2022

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALESSANDRA.NICOLAU
17/08/2022 11:31:47

Atendimento: 1237018 Data do Atendimento: 17/08/2022
Prontuário: 915114 Nome: ARTHUR MARQUARDT
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 19/08/2008
RG: 3575585 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988567456
Rua: SAO BARTOLOMEU Numero 73 CEP: 83501320
Bairro: JARDIM MONTE SANTO Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367861
Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI CRM: 39478
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1237018 **Prontuário:** 915114 **SAME:** 915114 **Hora Atend:** 11:28 **Data Atend:** 17/08/2022
Paciente..... : ARTHUR MARQUARDT **Idade:** 13 a
Endereço..... : SAO BARTOLOMEU
Bairro..... : JARDIM MONTE SANTO
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF...:** PR **CEP:** 83501320
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..... : 17/08/2022 **Hora Saída :** 13:05

Prestador da Evolução Médica: 1164 **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA

PRENDEU 3o, 4o E 5o DEDOS DA MAO ESQUERDA NA PORTA. TEM DOR.

EXAME FISICO

BEG
DOR PALPAÇOA FD DE 3o, 4o E 5o DEDOS
ADME - NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS AOARENTES DE FX

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDOS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDOS

TRATAMENTO

FLANCOX + ORINETAÇÕES
RETORN SE PERSISTENCIA DOS SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 - RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ETIQUETA DO PACIENTE

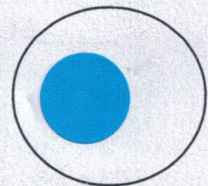
ARTHUR MANGRARDT (13 A.)

Início da Triage:

11:25 h

Final da Triage:

11:27 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

REATA PRENSÃO em mão (E) HA + 1- OS HONGS.

mão (E)

→ DOU + HIPEREMIA em FALANGES DISTAIS DO 4º E 5º DÍGITOS

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
 DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DCS PSIQUIÁTRICAS []
 DC NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO [] SIM [x] QUAIS:

OVO, medicações p/ HIPERTENSÃO

MUCs: /

SINAIS VITAIS:

PA: _____ X _____ mmHg FC 68 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 96 %

GLICEMIA: _____ mg/dl

ESCALA DE DOR: _____

E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)



AMARELO (30 MINUTOS)



VERDE (90 MINUTOS)



AZUL (120 MINUTOS)



RISCOS

QUEDA: NÃO [x] SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem
DorDor
LeveDor
ModeradaDor
SeveraDor
Muito SeveraPior
Dor Possível
 Matheus Dallagrana Paraizo
 Enfermeiro
 CRP 728052

Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1401975 DATA: 17/08/2022 11:40
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1237018 DT NASC: 19/08/2008 (13A 11M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 915114 - ARTHUR MARQUARDT
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2022 11:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

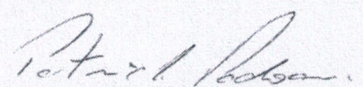
MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1237018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + PERFIL DE 3o, 4o E 5o DEDOS						



PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478