

Atendimento: 1205442 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA Lote: 1424880 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
 Guia.....: 5955 Validade.:17/05/2022
 Senha.....: 5955 Autoriz.:17/05/2022
 Carteira.: 000 Validade.: Titular...: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
 : TOMMASO CAMPANELLA

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	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						103,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/04/2022	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
29/04/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
29/04/2022	GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTATO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	CLINICO CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
Total :						73,00
Total Geral:						103,64



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - N° Guia no Prestador **5955**

Folha: 1 / 1

3 - Número da Guia Principal
 1 - Registro ANS
000000
 4 - Data de Autorização
29/04/2022
 5 - Senha
5955
 6 - Data de Validade da Senha
5955
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
5955

8 - Número da Carteira
000
 9 - Validade da Carteira
000
 10 - Nome
JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N
 12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante
 13 - Código da Operadora
HOSPITAL XV LTDA
 14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA
 15 - Nome do Profissional Solicitante
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
 16 - Conselho Profissional
06
 17 - Número no Conselho
21523
 18 - UF
41
 19 - Código CBO
225270
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Caracter do Atendimento
2
 22 - Data da Solicitação
29/04/2022
 23 - Indicação Clínica
DOR POLEGAR DIR RELATA HA 20 H TRAUMA EM EXTENSÃO DO POLEGAR JOGANDO BASQUETE, PAROU DE JOGAR
 24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Qt.Solic.
28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Esecutante
 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 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	29/04/2022	14:46	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	29/04/2022	14:46	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001			1.0	8.00	8.00
3	29/04/2022	15:08	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Esecutante(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 do Procedimentos em Série
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
103.64
 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 Medicinais (R\$)
0.00
 65 - Total Geral (R\$)
103.64
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel Felix Ferreira
Nº da Carteira: 3.6.7932
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 27/05/2008

Nº da Guia: 5955

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2022	11:36:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno se machucou na aula, porém não procurou atendimento na hora mãe entrou em contato comunicando relatou que teve inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elian (Coordenador)	(41) 3051-8620

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

Observações

não foi aplicado nenhum remédio.

Ass.: _____

Elian Kelvin dos Santos

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 1205442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira	13 - Código de Operadora 76530518000107	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21523	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Marcelo Astinelli</i>	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/04/2022	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição 3071349 Fratura de fêmur - Ho esmoada. 3071010 Indiv. ligamentar	
Dados do Contratado Executante		27 - Qt. Solic. 1	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Atendimento		31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Cide	43 - Via
44 - Tec.	45 - % Ref / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) 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
55 - Código CBO		56 - Total Geral (R\$)	
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	59 - Observação / Justificativa	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total de 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 Contratado	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 1205442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
0		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	

Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
000		JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Dados do Solicitante		12 - Atendimento a RN
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	N

76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	06
17 - Número no Conselho	18 - UF
21523	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	1	0
2	29/04/2022		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		
1	10101039		
23 - Indicação Clínica			
Consulta em pronto socorro			

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	3005585
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)	
	34 - Tipo de Consulta	
	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Cide. 43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acres.	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(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Pat.	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 OPIME (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		

Atendimento.....: 1205442

Portido.....: 673266

Paciente.....: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Data do Exame.: 29/04/2022

RX DA MÃO DIREITA

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da base da falange proximal do 1o dedo.

Relações e superfícies articulares íntegras.

RX DA MÃO DIREITA

01 de Maio de 2022

Dr(a). BRUNA SCOLARO STASIEVSKI
CRM 37056

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
29/04/2022 14:46:35

Atendimento: 1205442 Data do Atendimento: 29/04/2022
Prontuário: 977392 Nome: JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 27/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: TOMMASO CAMPANELLA Numero 62 CEP: 82700460

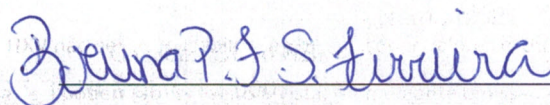
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000

Médico: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO CRM: 21523

Responsável: BRUNA PATRCIA FELIX DA SILVEIRA 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 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

30722349
30711010

ETIQUETA DO PACIENTE

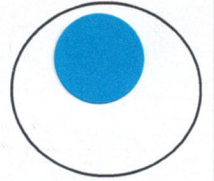
João Gabriel S. F.

Início da Triagem:

19 : 37 h

Final da Triagem:

19 : 38 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

trauma ontem em polegar D.

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO SIM [] QUAIS: _____

MUCs: nao

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmhg FC 58 bpm FR 18 rpm Tax: _____ °C SatO2 99 %

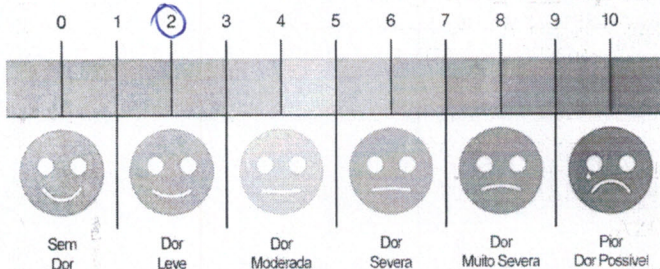
GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: 2 E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) ● AMARELO (30 MINUTOS) ○
VERDE (90 MINUTOS) ● AZUL (120 MINUTOS) ●

RISCOS

QUEDA: NÃO SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO SIM [] LOCAL: _____
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?
NÃO SIM [] LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO SIM [] LOCAL: _____



Keli Cristiana Penteado
Enfermeira

COREN-PR 552.011

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1205442 **Prontuário:** 977392 **SAME:** 977392 **Hora Atend:** 14:46 **Data Atend:**29/04/2022
Paciente..... : JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : TOMMASO CAMPANELLA
Bairro..... : BARREIRINHA **UF..:** PR **CEP:** 82700460
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO **Hora Saída :** 15:48
Data Saída..... : 29/04/2022
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR POLEGAR DIR
RELATA HÁ 20 H TRAUMA EM EXTENSÃO DO POLEGAR JOGANDO BASQUETE, PAROU DE JOGAR, HOJE ACORDOU COM PIORA DA DOR. E EDEMA. USO DE GELO NEGA MEDICAÇÃO. DOR MF
HMP: SP

EXAME FISICO

EDEMA ++/4
DOR PALAPAÇÃO 1a MF
ADM DIMINUIDA
FE +, PINÇA +, Oponência +
RX
INSTABILIDADE VARO/VALGO

DIAGNOSTICO

RX FRATURA FP POLEGAR DIR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX FRATURA FP POLEGAR DIR

TRATAMENTO

TALA DE ALUMÍNIO, PRESCREVO ALIVIUM RET AMBULATÓRIO ORTOPEDIATRA EM 2 SEMANAS

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1366453 DATA: 29/04/2022 15:06
USUÁRIO....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1205442 DT NASC: 27/05/2008 (13A 11M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 977392 - JOAO GABRIEL FELIX FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2022 14:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S633 RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1205442

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						

Obs.: AP/P POLEGAR + 1° MTC


GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523

Atendimento: 1204647 - MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS Lote: 1423675 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
 Guia.....: 5910 Validade.:27/04/2022
 Senha.....: 5910 Autoriz.:27/04/2022
 Carteira.: 000 Validade.: Titular....: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS
 : GUILHERME LUNARDON

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/04/2022	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/04/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 5910

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 5910	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5910	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 27/04/2022	5 - Senha 5910	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS	10 - Nome MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS	
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/04/2022	23 - Indicação Clínica TORCEU JOELHO DIREITO NA ESCOLA HOJE.	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 11	26 - Descrição 2	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39478
	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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) ou Item Assistencial 2	34 - Tipo de Consulta 2					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
35 - Data 1 27/04/2022 13:37 2 27/04/2022 13:55	36 - Hr. Inicial 13:37 13:55	37 - Hr. Final 13:37 13:55					
40 - Procedimento 22 10101039 22 40804062							
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - PATELA							
42 - Qtde. 001			43 - Via 001	44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 31.72

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		58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72	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\$) 96.72
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado					

140007E

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Capelini Ribas
Nº da Carteira: 2.11.7233
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 20/02/2005 **Nº da Guia:** 5910

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2022	12:42:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A ALUNA ESTAVA JOGANDO HANDBOOL E ESCORREGOU, DANDO UM ESTIRÃO NO MUSCULO POSTERIOR AO JOELHO DA PERNA DIREITA.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Regianes Xavier	(41) 99892-1809
Marsele Camargo	(41) 99780-6576

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola di Ribeiro	27/04/2022

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

Observações

FOI COLOCADO GELO NO LOCAL E A ALUNA RELATA MUITA DOR ESTANDO IMPOSSIBILITADA DE CAMINHAR

Ass.: _____

Leticia Vieira
Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

Leticia Vieira Pinto

76.726.884/0053-59

**INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO**

RUA NILO PEÇANHA N.º 501
BOM RETIRO - CEP 80520-000

CURITIBA - PR

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **1204647**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Cadeira	10 - Nome MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Cadeira 000	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	17 - Número no Conselho 39478	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	16 - Conselho Profissional 06	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/04/2022	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 3005585
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	36 - Data	37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)				
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - UF 64 - Código CBO
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 Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

M. Marcelo Binelli
MÉDICO
TRAUMATOLOGISTA
PR 38.371 - RQE 28.487

[Assinatura]

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

2 - Nº Guia no Prestador **1204647**

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		10 - Nome MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS	
8 - Número da Carteira 000	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	17 - Número no Conselho 39478
Dados do Solicitante		18 - UF 41	
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/04/2022	
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		31 - Código CNES 3005585	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
29 - Código na Operadora		33 - Indicação de Acidente, acidente ou doença relacionada	
32 - Tipo Atendimento		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Ctdc. 43 - Via 44 - Tec.	
36 - Data		45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	
37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		47 - Valor Total (R\$)	
39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		52 - Conselho Profissional	
41 - Descrição		53 - Número no Conselho	
48 - Seq. Ref.		54 - UF	
49 - Gr. Pat		55 - Código CBO	
50 - Código na operadora/CPF		56 - Data de Realização de Procedimento em Série	
51 - Nome do Profissional		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 Profissional ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	

Dr. Marcelo Asinelli
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
RMI-PR 38.371 - RQE 28.487

[Handwritten Signature]

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1204647**Partido.....:** 672866**Paciente.....:** MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PATRICK WILLIAN PADOANI**Data do Exame.:** 27/04/2022

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

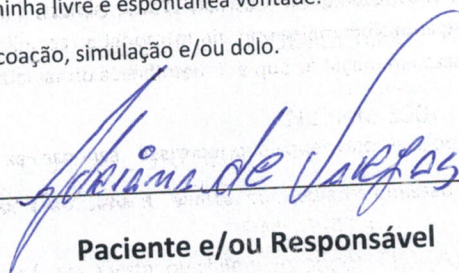
27 de Abril de 2022


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1204647 Data do Atendimento: 27/04/2022
Prontuário: 977266 Nome: MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 20/02/2005
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 300 CEP: 82120450
Rua: GUILHERME LUNARDON Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: PILARZINHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000
Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI CRM: 39478
Responsável: ADRIANA DE VARGAS Parentesco: TIO (A)

- 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 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

OK.

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1204647 **Prontuário:** 977266 **SAME:** 977266 **Hora Atend:** 13:37 **Data Atend:** 27/04/2022
Paciente..... : MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS **Idade:** 17 a
Endereço..... : GUILHERME LUNARDON
Bairro..... : PILARZINHO **UF.:** PR **CEP:** 82120450
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO **Hora Saída :** 15:24
Data Saída..... : 27/04/2022
Prestador da Evolução Médica: 1164 **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA

TORCEU JOELHO DIREITO NA ESCOLA HOJE.

EXAME FISICO

BEG
NAO APOIA PESO POR DOR
LACHMANN MOLE
ADME NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

DIAGNOSTICO

ENTORSE JOELHO
LESAO LCA?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO
LESAO LCA?

TRATAMENTO

FLANCOX + LISADOR + ORIENTAÇÕES
SOLICITO RNM
RETORNO COM EXAME NO CONSULTORIO

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1365652 DATA: 27/04/2022 13:53
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1204647 DT NASC: 20/02/2005 (17A 2M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 977266 - MARIA EDUARDA CAPELINI RIBAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/04/2022 13:37 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.....: S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1204647

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página: 1/1
Emitido Por: PATRICK.PADOANI
Data: 27/04/2022 13:55

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					27/04/2022 13:51

PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					27/04/2022 13:53

PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					27/04/2022 13:51

PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

Atendimento: 1209200 - RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR Lote: 1431758 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
 Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 Sub Plano...:
 Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
 Guia.....: 6151 Validade.:17/05/2022
 Senha.....: 6151 Autoriz.:17/05/2022
 Carteira...: 367886 Validade.: 31/12/2022 Titular...: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
 : ALCEU AGUIDA

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
12/05/2022	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
12/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	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 **6151**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data de Autorização **17/05/2022** 5 - Senha **6151** 6 - Data de Validade da Senha **6151** 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **6151** 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira **367886** 9 - Validade da Carteira **31/12/2022** 10 - Nome **RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora **76530518000107** 14 - Nome do Contratado **HOSPITAL XV LTDA** 15 - Nome do Profissional Solicitante **SILVIO NEUPERT MASCHKE** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número no Conselho **9551** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **17/05/2022** 23 - Indicação Clínica **TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MAO VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA** 27 - Qt. Solic. **28** - Qt. Autoriz.

24 - Tabela **25** - Código do Procedimento **26** - Descrição
 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) **2** 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	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 12/05/2022	17:09	17:09	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 12/05/2022	17:32	17:32	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILIO	001			1.0	30.64	30.64

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\$) **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 Medicinais (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

1131758

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Wilian do Nascimento Junior
Nº da Carteira: 3.6.7886
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 28/01/2014

Nº da Guia: 6151

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/05/2022	15:33:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Em aula, de Educação Física, o aluno foi pegar a bola que estava no chão, e sem querer outro colega pisou na mão esquerda, fazendo com que o dedo do meio ficasse dolorido. O aluno foi encaminhado ao ambulatório para atendimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janaina	12/05/2022

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

Observações

Verificado que estava com dor no dedo do meio da mão esquerda, foi aplicado gel e feito uma tala, para evitar movimentos bruscos. O aluno foi orientado a tomar os cuidados necessários, não retirando a tala e não forçando a mão esquerda. Contato feito com a mãe.

Ass.:

Jaques H. Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **15.499.486-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: 17/12/2018

NOME: **RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR**

FILIAÇÃO: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO
ZABEL CRISTINA DE SOUZA

NATURALIDADE: PINHAIS/PR DATA DE NASCIMENTO: 28/01/2014

DOC. ORIGEM: COMARCA=R.M. CURITIBA/PR, PIRAQUARA
C.NASC=22935, LIVRO=70A, FOLHA=174

CPF: 146.410.479-44

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

055-18-04239

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E VIABILIDADE NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ZABEL CRISTINA DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **7351646-3 SESP PR**

CPF: **006.693.229-70** DATA NASCIMENTO: **05/11/1980**

FILIAÇÃO: **WILSON SILVEIRA DE SOUZA
JANDIRA DE OLIVEIRA
FLUZA DE SOUZA**

PERMISSÃO: **01** ACC: **01** CAT. INFRA: **01**

Nº REGISTRO: **01035325680** VALIDADE: **15/07/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **05/01/2000**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
188230612

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1209200
Pedido.....: 675280
Paciente.....: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE
Data do Exame.: 12/05/2022

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

16 de Maio de 2022

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MEL
CRM 3063

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1209200 Data do Atendimento: 12/05/2022
Prontuário: 978113 Nome: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 28/01/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984605280 Numero 50 CEP: 82200390
Rua: ALCEU AGUIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: AHU Matrícula: 367886
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico: SILVIO NEUPERT MASCHKE CRM: 9551
Responsável: IZABEL CRISTINA DE SOUZA Parentesco: MAE

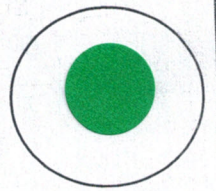
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência 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 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

ETIQUETA DO PACIENTE ato

Rafael

Início da Triagem: 16 : 59 h
 Final da Triagem: 17 : 01 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO bateu o dedo da mão ESQ no
colegado hoje.

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FISICA []
 DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIATRICAS []
 DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS Asma

ALERGIAS: NÃO SIM [] QUAIS: _____

MUCs: Clonil

SINAIS VITAIS:

PA : 136 X 52 mmhg FC 106 bpm FR 36 rpm Tax: 36°C SatO2 97%

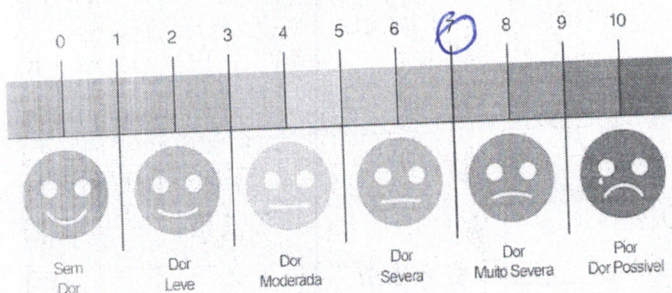
GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: 7 E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) AMARELO (30 MINUTOS)
 VERDE (90 MINUTOS) AZUL (120 MINUTOS)

RISCOS

QUEDA: NÃO SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
 INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ULTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ULTIMOS 30 DIAS CLINICO/CIRURGICO:
 NÃO SIM [] LOCAL: _____
 ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANENCIA MAIOR QUE 24H NOS
 ULTIMOS 30 DIAS ?
 NÃO SIM [] LOCAL: _____
 HEMODIÁLITICO CRONICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
 NÃO [] SIM [] LOCAL: _____



Roselinda
 Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209200 **Prontuário:** 978113 **SAME:** 978113
Paciente..... : RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Endereço..... : ALCEU AGUIDA
Bairro..... : AHU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : PARTICULAR
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 12/05/2022

Hora Atend: 17:09 **Data Atend:** 12/05/2022
Idade: 8 a

UF.: PR **CEP:** 82200390
Plano...: UNICO

Hora Saída : 18:21

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MÃO
VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA

EXAME FISICO

DOR + AUM VOLUME DA IFP
TALA BEM POSICIONADA
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
IBUPROFENO 600
ATESTADO EF 03 SEM

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1370776 DATA: 12/05/2022 17:31
USUÁRIO....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1209200 DT NASC: 28/01/2014 (8A 3M 14D)
CONVÊNIO...: PARTICULAR
PACIENTE...: 978113 - RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/05/2022 17:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE SERVIÇO: SALA 1 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: III DEDO AP + PERFIL						

SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209200 **Prontuário:** 978113 **SAME:** 978113
Paciente..... : RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Endereço..... : ALCEU AGUIDA
Bairro..... : AHU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : PARTICULAR
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 12/05/2022

Hora Atend: 17:09 **Data Atend:** 12/05/2022
Idade: 8 a

UF..: PR **CEP:** 82200390
Plano...: UNICO

Hora Saída : 18:21

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MÃO
VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA

EXAME FISICO

DOR + AUM VOLUME DA IFP
TALA BEM POSICIONADA
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
IBUPROFENO 600
ATESTADO EF 03 SEM

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 1204629 - VINICIUS JOSE DA ROCHA Lote: 1423624 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VINICIUS JOSE DA ROCHA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: LEONARDO BASSANI / 037455
 Guia.....: 5903 Validade.:27/04/2022
 Senha.....: 5903 Autoriz.:27/04/2022
 Carteira.: 0000 Validade.: Titular.: VINICIUS JOSE DA ROCHA
 : PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA

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
27/04/2022	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
27/04/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO BASSANI - 037455 04397520941	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 5903

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5903	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 27/04/2022	5 - Senha 5903	11 - Número do Catálogo Nacional de Saúde	

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome VINICIUS JOSE DA ROCHA	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 037455		
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO BASSANI					

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		27 - Ql.Solic. 27/04/2022	28 - Ql.Autoriz.
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/04/2022	TRAUMA DIRETO EM POLEGAR ESQUERDO HOJE DOR LOCAL	
23 - Indicação Clínica			

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 11	34 - Tipo de Consulta 9	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 27/04/2022	12:15	12:15	22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 27/04/2022	12:28	12:28	22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO
42 - Qtde.		43 - Via	44 - Téc.
			45 - Fator R/Acr
			46 - Valor Unitário
			47 - Valor Total
			65.00
			30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part				

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\$)	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 Medicinais (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: Vinicius José da Rocha Dias
Nº da Carteirinha: 2.33.4351
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 16/06/2005

Nº da Guia: 5903



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2022	10:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava em aula quando foi fazer um toque na bola e acabou torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Stephanie	27/04/2022

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

Observações

O aluno foi atendido no apoio escolar foi passado gelol e feito compressa de gelo no local.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Atendimento....: 1204629
Pedido.....: 672851
Paciente.....: VINICIUS JOSE DA ROCHA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO BASSANI
Data do Exame.: 27/04/2022

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.

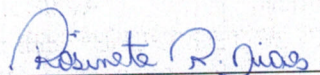
27 de Abril de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento: 1204629 Data do Atendimento: 27/04/2022
Prontuário: 977265 Nome: VINICIUS JOSE DA ROCHA
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 16/06/2005
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA Numero 2100 CEP: 83050160
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: LEONARDO BASSANI CRM: 037455
Responsável: ROSINETE DA ROCHA DIAS 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

OK.

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1204629 **Prontuário:** 977265 **SAME:** 977265 **Hora Atend:** 12:15 **Data Atend:**27/04/2022
Paciente..... : VINICIUS JOSE DA ROCHA **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..... : Z479 - SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 27/04/2022 **Hora Saída :** 12:57

Prestador da Evolução Médica: 1777 **LEONARDO BASSANI**

DIAGNOSTICO

CONTUSAO LIGAMENTAR- SEM ROTURA

LEONARDO BASSANI / 037455
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1204629 **Prontuário:** 977265 **SAME:** 977265 **Hora Atend:** 12:15 **Data Atend:**27/04/2022
Paciente..... : VINICIUS JOSE DA ROCHA **Idade:** 16 a
Endereço..... : PROFESSORA MARIETA DE SOUZA E SILVA
Bairro..... : AFONSO PENA **UF..:** PR **CEP:** 83050160
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : Z479 - SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO **Hora Saída :** 12:57
Data Saída..... : 27/04/2022
Prestador da Evolução Médica: 1777 **LEONARDO BASSANI**

HDA

TRAUMA DIRETO EM POLEGAR ESQUERDO HOJE
DOR LOCAL

EXAME FISICO

EDEMA EM POLEGAR ESQUERDO
SEM EQUIMOSE LOCAL
PISTONAGEM NEGATIVA
DOR EM REGIAO DE LIG COOLATERAL MEDIAL DO POLEGAR
MOBILIDADE PRESERVADA
SEM GAP A AVALIACAO LIGAMENTAR

DIAGNOSTICO

CONTUSAO LIGAMENTAR- SEM ROTURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO LIGAMENTAR- SEM ROTURA

TRATAMENTO

ORIENTO ORTESE ENGLOBANDO O POLEGAR
ANALGESIA
RETORNO EM 1 SEMANA

LEONARDO BASSANI / 037455
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1365614 DATA: 27/04/2022 12:27
USUÁRIO....: LEONARDO.BASSANI
ATENDIMENTO: 1204629 DT NASC: 16/06/2005 (16A 10M 12D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 977265 - VINICIUS JOSE DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/04/2022 12:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LEONARDO BASSANI SERVIÇO: SALA 4 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: Z479 SEGUIMENTO ORTOPEIDICO NAO ESPECIFICADO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1204629

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

LEONARDO BASSANI
CRM: 037455

LEONARDO BASSANI
CRM: 037455