

Atendimento: 1434664 - BEATRIZ COSIAKI ACOSTA Lote: 1783677 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BEATRIZ COSIAKI ACOSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 17994 Validade.:22/05/2024
Senha.....: 17994 Autoriz.:22/05/2024
Carteira.: 3357215 Validade.: 12/12/2024 Titular...: BEATRIZ COSIAKI ACOSTA
: RUA PRUDENTE DE MORAIS DE 1 A 99998

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
22/05/2024	40803112 PUNHO 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
22/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador **17994**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/05/2024		5 - Senha 17994	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17994	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357215		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ COSIAKI ACOSTA		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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/05/2024	
23 - Indicação Clínica QMN COM TRUAMA EM MSD - DOR EM PUNHO			
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 22/05/2024 18:01 18:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 22/05/2024 18:47 18:47 22 40803112 RX - PUNHO 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 - / / 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 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador 17994

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/05/2024		5 - Senha 17994	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17994	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357215		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ COSIAKI ACOSTA		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 22/05/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição ou Item Assistencial		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			
1 22/05/2024 18:01 18:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001 1.0 65.00 65.00			
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\$) 65.00			
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\$) 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Cosiaki Acosta
Nº da Carteirinha: 3.357.215
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 22/02/2017

Nº da Guia: 17994

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2024	16:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

Aluna estava participando da aula de educação física quando tropeçou se apoiando com força no pulso e mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Marcio	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	22/05/2024

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

Observações

Torção.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Cosiaki Acosta
Nº da Carteirinha: 3.357.215
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 22/02/2017

Nº da Guia: 17994

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2024	16:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

Aluna estava participando da aula de educação física quando tropeçou se apoiando com força no pulso e mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Marcio	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	22/05/2024

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

Torção.

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 17994

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/05/2024		5 - Senha 17994	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17994	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3357215		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ COSIAKI ACOSTA		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 Patrick Padoani Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 35478 RQE 28453	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/05/2024	
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 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 22/05/2024 18:01 18:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1434664

Pedido.....: 808781

Paciente.....: BEATRIZ COSIAKI ACOSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data do Exame.: 22/05/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

03 de Junho de 2024

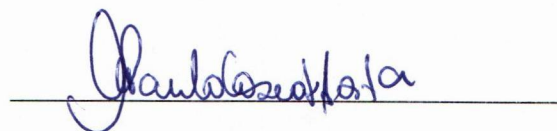


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
22/05/2024 18:07:40

Atendimento: 1434664 Data do Atendimento: 22/05/2024
Prontuário: 1018562 Nome: BEATRIZ COSIAKI ACOSTA
Sexo: FEMININO Idade: 7 Data de Nascimento: 22/02/2017
RG: 160752130 CPF: 13159106918 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998355057
Rua: RUA PRUDENTE DE MORAIS DE 1 A 99998 Numero 123 CEP: 83409230
Bairro: GUARANI Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357215
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANA PAULA COSIAKI ACOSTA Parentesco: MAE

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : BEATRIZ COSIAKI ACOSTA, 7 ANOS

Início da Triagem: 17:57:03.

Fim da Triagem: 17:58:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA EM MÃO DIREITA, RELATA EDEMA E ALGIA.
IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

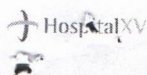
ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 88bpm FR: rpm Tax: 35,6°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 22/05/2024.

Enfermeiro (a)



PRESCRIÇÃO.: 1628354 DATA: 22/05/2024 18:47
USUÁRIO.....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1434664 DT NASC: 22/02/2017 (7A 2M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1018562 - BEATRIZ COSIAKI ACOSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/05/2024 18:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1434664

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)	1					

PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1434664 **Prontuário:** 1018562 **SAME:** 1018562 **Hora Atend:** 18:01 **Data Atend:** 22/05/2024
Paciente..... : BEATRIZ COSIAKI ACOSTA **Idade:** 7 a
Endereço..... : RUA PRUDENTE DE MORAIS DE 1 A 99998
Bairro..... : GUARANI
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83409230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/05/2024 **Hora Saída :** 19:07

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

HDA

QMN COM TRUAMA EM MSD - DOR EM PUNHO

EXAME FISICO

BEG
DOR PALPAÇÃO LOCAL COM PIORA A MOBILIZAÇÃO
ADM E NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

DIAGNOSTICO

CONTUSAO PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO PUNHO

TRATAMENTO

ALIVIO + ORINETAÇÕES
RETORNO 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