

Atendimento: 1537597 - BENJAMIM SILVA DE ASSIS Lote: 1943015 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BENJAMIM SILVA DE ASSIS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
Guia.: 27577 Validade.: 22/04/2025
Senha.: 27577 Autoriz.: 22/04/2025
Carteira.: 2116648 Validade.: 22/04/2025 Titular.: BENJAMIM SILVA DE ASSIS
: RUA AMINTAS DE BARROS DE 1 A 689

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

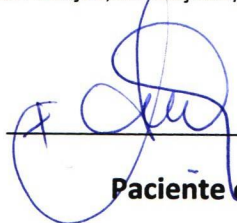
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO NAKANO PEREIRA - 59883 06388977189	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

UNIDADE: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
MÓDULO: SOCORRO ORTOPÉDICOPEDRO SANTOS
22/04/2025 16:21:57

Atendimento: 1537597 Data do Atendimento: 22/04/2025
Número: 908461 Nome: BENJAMIM SILVA DE ASSIS
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 30/03/2015
RG: 146773648 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 33088503
Endereço: RUA AMINTAS DE BARROS DE 1 A 689 Número 637 CEP: 80060205
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matrícula: 2116648
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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



Paciente e/ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 27577

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/04/2025		5 - Senha 27577	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27577	
8 - Número da Carteira 2116648		9 - Validade da Carteira 22/04/2025	
10 - Nome BENJAMIM SILVA DE ASSIS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO NAKANO PEREIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 59883		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 22/04/2025			
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE QUE REFERE QUEDA DURANTE FUTEBOL, CONTUNDINDO QUADRIL EM LADO ESQ			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
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 22/04/2025 16:18 16:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
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\$) 80.00			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OPME (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamim Silva de Assis

Nº da Carteira: 2.11.6648

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 30/03/2015

Nº da Guia: 27577



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2025	15:28:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Abdomen

Descrição

O aluno estava na quadra externa no momento do recreio, jogando futebol com os colegas. Um dos colegas, ao disputar a bola, acertou o Benjamim na região esquerda do abdômen, abaixo da costela. O local está avermelhado e dolorido, segundo o aluno.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jubiel	(41) 3025-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
o Mesmo	22/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi encaminhado para a administração escolar, que providenciará seu encaminhamento ao hospital de referência. Foi feito contato com a mãe do aluno, a qual informou que irá levá-lo à unidade de saúde indicada.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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

assistenciamedica@clinicaadvantica.com.br e clinicaadvantica@clinicaadvantica.com.br
Contato: (41) 3510-1818 ou (41) 3510-1819
Instituição Advantista de Assistência de Saúde (CNPJ 12.118.183/0004-13)

(uso credenciados) com os seguintes dados:
(para credenciados) ou e-mail:

com códigos e valores discriminados: relatório de atendimento e Nota Fiscal para o INK:
Para atendimento favor encaminhar esta guia de autorização juntamente com a tabela dos procedimentos

Alexandro Antônio Procópio Garbati

ASSA

Foi feito contato com a mãe do aluno, a qual informou que ele já está na Unidade de Saúde (maicada).
O aluno foi encaminhado para a administração escolar, que providenciou seu encaminhamento ao hospital de referência.

Observações

DE CUBECVA) 3 18 de 18 (41) 3510-1818
Hospital XV (NÃO ATENDE TUMOR) 333 18 de 18 (41) 3510-5000

Local de atendimento Endereço 18 Bairro Telefone

o Mesmo 3303140152

Quem preencheu os dados e assinou

Monitor Juarez (41) 3032-1850

Testemunha da ocorrência Telefone

segundo o aluno.
pois, ascendeu o Benjamin na região esquerda do abdômen, abaixo da costela. O local está avermelhado e dolorido.
O aluno estava na quarta excursão no momento do relato, retornando para casa com os colegas. Um dos colegas do discente a

Descrição

no outro) 18 de 18

Tumor (exa: pois está no local, aluno João Carlos)

O que aconteceu Partes do corpo

3310415052 12:58:00 008:22 008:22 (41) 3510-1818

Data da ocorrência Horário Local Atividade

Data de nascimento: 30/03/2002 Id de Cruz: 1211

Instituição: Colégio Cláudio Advantista Bom Retiro

Id de Carteira: 1211-8848

Assinatura: Benjamin Silva de Assis

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador 27577

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/04/2025		5 - Senha 27577	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27577	
8 - Número da Carteira 2116648		9 - Validade da Carteira 22/04/2025	
10 - Nome BENJAMIM SILVA DE ASSIS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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. Pedro N. Medeiros CRM-PR 59883	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 22/04/2025 16:18 16:18 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 80.00 80.00			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. B. S. Choudhary
19/10/2018



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

2 - Nº Guia no Prestador **27577**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 22/04/2025		5 - Senha 27577	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27577	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2116648		9 - Validade da Carteira 22/04/2025	
10 - Nome BENJAMIM SILVA DE ASSIS		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 CRM-PR 59883	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 22/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 22/04/2025 16:18		37 - Hr. Inicial 16:18	
38 - Hr. Final 22		39 - Tabela 10101039	
40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		41 - Descrição 001	
42 - Qtde. 1.0		43 - Via 80.00	
44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1537597 **Prontuário:** 908461 **SAME:** 908461 **Hora Atend:** 16:18 **Data Atend:** 22/04/2025
Paciente..... : BENJAMIM SILVA DE ASSIS **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA AMINTAS DE BARROS DE 1 A 689
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80060205
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S700 - CONTUSAO DO QUADRIL
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/04/2025 **Hora Saída :** 19:39
Prestador da Evolução Médica: 2268 **PEDRO NAKANO PEREIRA**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE QUE REFERE QUEDA DURANTE FUTEBOL, CONTUNDINDO QUADRIL EM LADO ESQUERDO. COMPARECEU BEM CHOROSO, PORÉM PAROU O CHORO ESPONTANEAMENTE ANTES DO ATENDIMENTO.

EXAME FISICO

PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM REGIAO DE QUADRIL ESQUERDO, MOBILIDADE PRESERVADA. NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

MAE RECUSOU RADIOGRAFIA
CONTUSAO DE QUADRIL ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

MAE RECUSOU RADIOGRAFIA
CONTUSAO DE QUADRIL ESQUERDO

TRATAMENTO

ORIENTADA SOBRE RISCOS E NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO CASO PERSISTENCIA DOS SINTOMAS,
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO S/N
ORIENTO CONSULTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS

Dr. Pedro Nakano Pereira
Médico
CRM-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

THE
OFFICE OF THE
ATTORNEY GENERAL
STATE OF NEW YORK