

Atendimento: 1542045 - BENJAMIN CAVILHA SCUPINO Lote: 1949733 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515  
Guia.....: 28027 Validade.:  
Senha.....: Autoriz.:  
Carteira.: 2117633 Validade.: 25/12/2026 Titular....: BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
: CARMELINA CAVASSIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

### Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>151,16</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/05/2025	40804100 CALCÂNEO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
<b>Total :</b>					<b>71,16</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 151,16**



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 28027

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/05/2025	5 - Senha 28027
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28027	

8 - Número da Carteira 2117633	9 - Validade da Carteira 25/12/2026	10 - Nome BENJAMIN CAVILHA SCUPINO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALMEIDA DA SILVA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21515	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/05/2025	23 - Indicação Clínica DOR EM REG DO CILCANDO ESQ APOS ATIV FISICAS DE IMPACTO NO FUTEBOL. NEGA TRAUMA

24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
-------------------	---	----------------	------------------------------------

Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data a 37 - Hr. Início a 38 - Hr. Fim a 39 - At. a 40 - Procedimento a 41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - V1 a 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
1 06/05/2025 15:06 15:06 22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001 1.0 80.00
2 06/05/2025 15:26 15:26 22	40804100	RX - CALCANEIO	001 1.0 35.58
3 06/05/2025 15:26 15:26 22	40804100	RX - CALCANEIO	001 1.0 35.58

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 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\$) 151.16	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 151.16

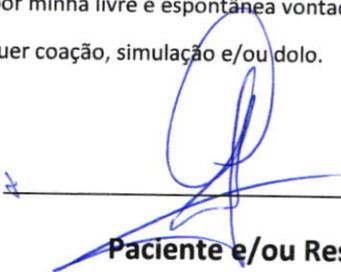
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOANA.FERNANDES  
06/05/2025 15:10:06

Atendimento: 1542045      Data do Atendimento: 06/05/2025  
Prontuário: 926167      Nome: BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
Sexo: MASCULINO      Idade: 10      Data de Nascimento: 01/04/2015  
RG: 145290961      CPF: 12175342964      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 996333481

Rua: CARMELINA CAVASSIN      Numero 1280      CEP: 82220170  
Bairro: BARREIRINHA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117633  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: GABRIEL SCUPINO      Parentesco: PAI

- 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 : BENJAMIN CAVILHA SCUPINO 10 ANOS

Início da Triagem: 14:40:44.

Fim da Triagem: 14:42:07.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA DOR EM REGIÃO EM MMII PÉS, MACHUCOU NA ESCOLA

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 06/05/2025.

ANDREIA.OLIVEIRAIARA

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Benjamin Cavilha Scupino  
**Nº da Carteira:** 2.11.7633  
**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

**Data de Nascimento:** 01/04/2015

**Nº da Guia:** 28027

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2025	12:33:00	Gramado	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

## Descrição

O aluno estava jogando bola, quando o colega chegou para pegar a bola e acabou acertando o chute no pé direito do aluno, o qual sentiu dor imediatamente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tiago	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago	06/05/2025

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 atendido, colocado gelo no local e feito o contato com a mãe, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: \_\_\_\_\_

Tiago Rocha  
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 28027

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 28027

8 - Numero da Carteira 2117633

9 - Validade da Carteira 25/12/2026

10 - Nome BENJAMIN CAVILHA SCUPINO

11 - Numero 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 - Numero no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 06/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Assolc. 28 - Qt Autoriz

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES 3005585

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

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

Andre Almeida da Silva CRM 21515 Otopedia e Traumatologia

\*1919722\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 28027

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização

8 - Número da Carteira 2117633

9 - Validade da Carteira 25/12/2026

10 - Nome BENJAMIN CAVILHA SCUPINO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

5 - Data de Validade da Semha 28027

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

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

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 06/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - Orç. 28 - Cl. Autoriz

Andre Almeida da Silva CRM 21515 Otorrinha e Traumatologia

29 - Código na Operadora 76530518000107 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

32 - Tipo Atendimento 11 33 - Indicação de Acidente (evento 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 06/05/2025 15:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1,0 80,00 80,00

31 - Código CINES 3005585

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

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 Autuéis (R\$) 0,00

61 - Total de Materiais (R\$) 0,00

62 - Total de OPMs (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..... : 1542045    **Prontuário:** 926167    **SAME:** 926167    **Hora Atend:** 15:06    **Data Atend:**06/05/2025  
**Paciente.....** : BENJAMIN CAVILHA SCUPINO    **Idade:** 10 a  
**Endereço.....** : CARMELINA CAVASSIN  
**Bairro.....** : BARREIRINHA  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF...:** PR    **CEP:** 82220170  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : M255 - DOR ARTICULAR  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 06/05/2025    **Hora Saída :** 16:00  
**Prestador da Evolução Médica:** 207    **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

**HDA**

DOR EM REG DO CSLCANDO ESQ APOS ATIV FISICAS DE IMPACTO NO FUTEBOL.  
NEGA TRAUMA

**EXAME FISICO**

SEM DEFORMIDADE E PELE INTEGRAS  
SEM EDEMAS  
DOR A PALPPONTUAL DA APOFISE DE CRESCIMENTO DO CALCANEIO ESQ

**DIAGNOSTICO**

APOFISITE DO CALCANEIO ESQ  
RX SEM ALTERAÇÕES DA PLACA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

APOFISITE DO CALCANEIO ESQ  
RX SEM ALTERAÇÕES DA PLACA

**TRATAMENTO**

ORIENTAÇÕES; AINES GELO LOCAL E RETORNO NO AMBU DA ORTO

  
Andre Almeida da Silva  
CRM 21515  
Ortopedia e Traumatologia

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1745100 DATA: 06/05/2025 15:24  
USUÁRIO....: ANDRE.SILVA  
ATENDIMENTO: 1542045 DT NASC: 01/04/2015 (10A 1M 6D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 926167 - BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/05/2025 15:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO..  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1542045\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	1	CALCANEAO (DIREITO)40804100					
		Obs.: PERFIL AXIAL					
2	1	CALCANEAO (ESQUERDO)40804100					
		Obs.: PERFIL E AXIAL					

---

ANDRE ALMEIDA DA SILVA  
CRM: 21515

Atendimento.....: 1542045  
Pedido.....: 875273  
Paciente.....: BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA  
Data do Exame.: 06/05/2025

---

## RADIOGRAFIA DO CALCÂNEO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências axial e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Sinais de densificação e fragmentação da apófise do calcâneo.

Relações articulares mantidas.

25 de Maio de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA  
CRO 52618

Atendimento.....: 1542045

Pedido.....: 875273

Paciente.....: BENJAMIN CAVILHA SCUPINO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Data do Exame.: 06/05/2025

---

## RADIOGRAFIA DO CALCÂNEO DIREITO

Exame realizado nas incidências axial e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de densificação e fragmentação da apófise do calcâneo.

Relações articulares mantidas.

25 de Maio de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA  
CRO 52618