

Atendimento: 1439366 - DANIELI FEITOSA DOS SANTOS Lote: 1791049 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DANIELI FEITOSA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.: 18422 Validade.:07/06/2024
Senha.: 18422 Autoriz.:07/06/2024
Carteira.: 2781936 Validade.: 12/12/2024 Titular.: DANIELI FEITOSA DOS SANTOS
: FIGUEIRAS DAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						114,81

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/06/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 114,81



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

2 - Nº Guia no Prestador **18422**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 07/06/2024		5 - Senha 18422		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18422									
8 - Número da Carteira 2781936		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome DANIELI FEITOSA DOS SANTOS		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 LEONARDO DALEFFE FREITAS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 56006		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/06/2024		23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Trauma contuso em 5º qdd durante educacao fisica. Nega alergias.											
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 07/06/2024 13:08 13:08 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00		2 07/06/2024 13:28 13:28 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 34.81 34.81													
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\$) 114.81		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\$) 114.81			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Danieli Feitosa dos Santos
Nº da Carteira: 2.78.1936
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 06/05/2008

Nº da Guia: 18422

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2024	10:56:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição
aluna estava jogando futsal até a correr e bater de encontro com colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Caio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jonatas	07/06/2024

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
aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelou e gelo no local.

Ass.: 
Coord. Disciplinar
Fabio Bittencourt Machado

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 **18422**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 07/06/2024	5 - Senha 18422	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18422

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2781936	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome DANIELI FEITOSA DOS SANTOS	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 07/06/2024	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 07/06/2024	13:08	13:08	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- / /
2- / /	4- / /	6- / /	8- / /
			9- / /
			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 <i>Dayane F. L. dos Santos</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **18422**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
07/06/2024

5 - Senha
18422

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
18422

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2781936

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
DANIELI FEITOSA DOS SANTOS

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
07/06/2024

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 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 07/06/2024	13:08	13:08	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- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 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

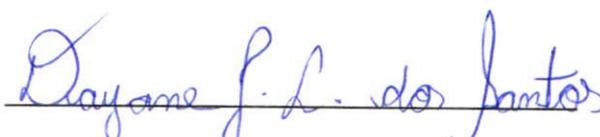
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Danyane F. L. dos Santos

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento: 1439366 Data do Atendimento: 07/06/2024
Prontuário: 992546 Nome: DANIELI FEITOSA DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 06/05/2008
RG: 149043306 CPF: 13061529926 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996545485

Rua: FIGUEIRAS DAS Numero 418 CEP: 83407530
Bairro: JARDIM DAS GRACAS Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2781936
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DAYANE JORDAO LIMA DOS SANTOS 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.

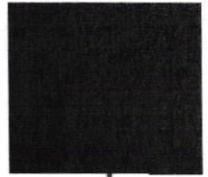

Paciente e/ou Responsável

mão (D)

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : DANIELI FEITOSA DOS SANTOS

Início da Triagem: 12:57:48.

Fim da Triagem: 13:02:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA APOS COLIDIR COM COLEGA DE CLASSE TORCEU DEDO DA MAO DIREITA , ONDE REFERE ALGIA NO LOCAL. SEGUE PARA AVALIAÇÃO E CONDUITA

Comorbidades: .

MUC: P/ RINITE E ASMA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 114/74 mmHg FC: 72bpm FR: 18rpm Tax: 36,2°C SatO2: 98%
ECG: Dor:

Data: 06/06/24.

ESTAGIARIA ALESSANDRATANIA

PRESCRIÇÃO.: 1633281 DATA: 07/06/2024 13:28
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1439366 DT NASC: 06/05/2008 (16A 1M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 992546 - DANIELI FEITOSA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/06/2024 13:08 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1439366

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						
<i>Obs.: perfil de 5º dedo</i>							

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1439366 **Prontuário:** 992546 **SAME:** 992546 **Hora Atend:** 13:08 **Data Atend:**07/06/2024
Paciente..... : DANIELI FEITOSA DOS SANTOS **Idade:** 16 a
Endereço..... : FIGUEIRAS DAS
Bairro..... : JARDIM DAS GRACAS
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83407530
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/06/2024 **Hora Saída :** 18:55

Prestador da Evolução Médica: 2100 LEONARDO DALEFFE FREITAS

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Trauma contuso em 5º qdd durante educação física. Nega alergias.

EXAME FISICO

5º QDD
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange proximal
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

Contusão 5º qdd
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão 5º qdd
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Tala metálica, analgesia. Acompanhamento ambulatorial com especialista em mão se persistência do quadro.


Leonardo Daleffe Freitas
Med/so
CRM-PR 56006
LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA