

Atendimento: 1327244 - DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA Lote: 1615114 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...
Medico/CRM: RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
Guia.....: 11914 Validade.:19/06/2023
Senha.....: 11914 Autoriz.:19/06/2023
Carteira...: 2781500 Validade.: 12/12/2023 Titular....: DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
: VINTE E QUATRO DE MAIO

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO RODRIGO TISSI RIBEIRO - 17771 02122857935	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 11914

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 19/06/2023	5 - Senha 11914	6 - Data de Validade da Senha 11914	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11914								
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2781500	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N						
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17771	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO TISSI RIBEIRO											
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 19/06/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HA 14 DIAS, E SUSPEITA DE LESÃO FÍSICA		27 - QI Solicit. 28 - QI Autoriz.					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial											
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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados da Especialidade / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 19/06/2023 20:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00									
Identificação de(a) 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 Site 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
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 Gastos Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											

1615114

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Fernando Carsten Vieira
Nº da Carteira: 2.78.1500
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 16/03/2013

Nº da Guia: 11914

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2023	11:33:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno caiu no chão e trincou o antebraço esquerdo. o aluno estava na aula de educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Adriana	(41) 3097-7450

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 esta fazendo um retorno, foi atendido no colégio e encaminhada ao hospital de referencia.

Ass.:


Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Gleice 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 (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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 996845

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/06/2023

5 - Senha

996845

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
996845

8 - Número da Carteira
2781500

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome

DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA

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 do Solicitador / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qi.Solic. 28 - Qi.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

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 19/06/2023 20:46 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tg. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / /

2 - / / 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 (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Rodrigo José Ribeiro
Proprietário - Clínica Adventista de Curitiba
CPF: 11.111.111-11



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

2 - Nº Guia no Prestador 996845

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/06/2023

5 - Sanha

996845

6 - Data de Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
996845

8 - Número da Carteira
2781500

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA

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
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
19/06/2023

23 - Indicação Clínica

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

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado/Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 19/06/2023 20:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 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 - / /
2 - / / 4 - / /

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA SILVA
19/06/2023 20:48:20

Atendimento: 1327244 Data do Atendimento: 19/06/2023
Prontuário: 996845 Nome: DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 16/03/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: VINTE E QUATRO DE MAIO Numero 527 CEP: 83323060
Bairro: JARDIM PINHAIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781500
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: TELMARA 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.

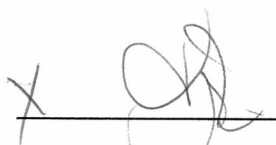
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA

Início da Triagem 20:17:52.

Fim da Triagem 20:35:12.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RETORNO PARA REALIAÇÃO

Comorbidades: .

MUC: FLIXOTIDE

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 89bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 95% ECG: Dor:

Data: 19/06/2023.

ENFª ROSANGELA ROCHA COREN 226.369

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1327244 Prontuário: 996845 SAME: 996845 Hora Atend: 20:46 Data Atend:19/06/2023
Paciente..... : DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA Idade: 10 a
Endereço..... : VINTE E QUATRO DE MAIO
Bairro..... : JARDIM PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS UF...: PR CEP: 83323060
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/06/2023 Hora Saída :00:34

Prestador da Evolução Médica: 346 RODRIGO TISSI RIBEIRO

HDA

PACIENTE RETORNAR PARA REAVLIAÇÃO APOS QUEDA DA PROPRIA ALTURA HA 14 DIAS , E SUSPEITA DE LESAO FISARIA EM PUNHO A ESQUERDA, PACIENTE SEM TALA, MOBILIZANDO SEM QUEIXAS O PUNHO A ESQUERDA, NEGA OUTRAS QUEIXAS , NEGA ALERRGIAS

EXAME FISICO

LESAO DE PELE SUPERFICIAL DIFUSA EM REGIAO VOLAR DE ANTEBRACO A ESQUERDA, NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVRE, SEM AUMENTO DE VOLUME

TRATAMENTO

ORIENTO, NAO REALIZAR ATIVIDADES DE IMPACTO POR 14 DIAS , RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE PUNHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE PUNHO

RODRIGO TISSI RIBEIRO

Médico
CRM 17771
Rua XV de Novembro, 2223
Curitiba - PR
Fone: (41) 3218-2000

RODRIGO TISSI RIBEIRO / 17771
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA