

Atendimento: 1348474 - DAVI KRESTA PIRES MATEUS Lote: 1648549 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI KRESTA PIRES MATEUS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia..... 12781001 Validade.:28/08/2023
Senha..... 12781001 Autoriz.:28/08/2023
Carteira.: 2337814 Validade.: 12/12/2023 Titular.... DAVI KRESTA PIRES MATEUS
: FRANCISCA DE SOUZA CORTES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	62,36	0,00	0,00	0,00	0,00	62,36
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						127,36

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/08/2023	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
28/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					62,36

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						127,36



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

2 - Nº Guia no Prestador 12781001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/08/2023

5 - Senha

12781001

6 - Data de Validade da Senha

12781001

8 - Número da Carteira
2337814

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
DAVI KRESTA PIRES MATEUS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
19208

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/08/2023

23 - Indicação Clínica
REFERE DOR EM OMBRO DIREITO DE INICIO HOJE PELA MANHA NEGA TRAUMAS, NEGA ESFORCO PACIENTE CONSUL

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - Ql Solic.
28 - Ql Autoriz.

Dados do Contrato 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)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qlde.	43-Via	44-Tgc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	28/08/2023	14:40	14:40	22	10101039	001			1.0	65.00	65.00
2	28/08/2023	14:50	14:50	22	40803074	001			1.0	31.72	31.72
3	28/08/2023	14:50	14:50	22	40803120	001			1.0	30.64	30.64
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO											
RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)											
RX - MAO OU QUOTRODUCTILO											

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 - _/_/_/____

10 - _/_/_/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
127.36

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\$)

127.36

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Davi Kresta Pires Mateus

Nº da Carteira: 2.33.7814

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 28/04/2006

Nº da Guia: 12781.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/08/2023	08:01:06	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava jogando bola quando machucou o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mari	16/08/2023

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

Motivo do Retorno
O aluno precisa retornar a consulta médica no dia 28/08/23

Ass.:

Daniele Novaes Torino

Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

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 12781001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
28/08/2023

5 - Senha
12781001

6 - Data de Validade da Senha
12781001

8 - Número da Carteira
2337814

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
DAVI KRESTA PIRES MATEUS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/08/2023

23 - Indicação Clínica

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

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

Dados do Contrato Específico

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 dano relacionado)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

37 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/08/2023 14:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) 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

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 dos Gases Médicos (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



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

2 - Nº Guia no Prestador **12781001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
28/08/2023

5 - Senha
12781001

6 - Data de Validade da Senha
12781001

8 - Número da Carteira
2337814

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
DAVI KRESTA PIRES MATEUS

11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12781001

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76630518000107

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
000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql Solic.
28 - Ql Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76630518000107

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 Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/08/2023 14:40 14:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) 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 OFME (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

Atendimento.....: 1348474

Paciente.....: 757311

Paciente.....: DAVI KRESTA PIRES MATEUS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 28/08/2023

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

03 de Setembro de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
28/08/2023 14:41:45

Atendimento: 1348474 Data do Atendimento: 28/08/2023
Prontuário: 999398 Nome: DAVI KRESTA PIRES MATEUS
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 28/04/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: FRANCISCA DE SOUZA CORTES Numero 265 CEP: 83015210
Bairro: COSTEIRA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337814
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLEONICE MARTINS KRESTA 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

Celso Ador



HospitalXV

Paciente : DAVI KRESTA PIRES MATEUS, 17 ANOS

Início da Triagem: 14:36:37.

Fim da Triagem: 14:38:39.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HÁ MUITO TEMPO LEVOU UMA PANCADA NO BRAÇO DIREITO. HOJE PROCURA ATENDIMENTO DEVIDO A DOR LOCAL, COM DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR O BRAÇO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 119bpm FR: rpm Tax: 36.2°C SatO2: 95% ECG:
Dor:

Data: 28/08/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1348474 **Prontuário:** 999398 **SAME:** 999398 **Hora Atend:** 14:40 **Data Atend:** 28/08/2023
Paciente..... : DAVI KRESTA PIRES MATEUS
Endereço..... : FRANCISCA DE SOUZA CORTES
Bairro..... : COSTEIRA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 83015210
CID Principal..... : M750 - CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/08/2023 **Hora Saída :** 19:43
Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

REFERE DOR EM OMBRO DIREITO DE INICIO HOJE PELA MANHA
NEGA TRAUMAS, NEGA ESFORÇO
PACIENTE CONSULTOU HA 11 DIAS POR TRAUMA NA MAO, RETIROU A TALA GESSADA HA 5 DIAS. SEM DOR.

EXAME FISICO

OMBRO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME
ADM POUCO RESTRITA, POR DOR
NEER -
HAWKINS -
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO ACROMIOCLAVICULAR
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

DOR ARTICULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DOR ARTICULAR

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE E MAE QUANTO AO QUADRO
LISADOR,

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 18.208
CPF 025.985.829-01

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1348474 **Prontuário:** 999398 **SAME:** 999398 **Hora Atend:** 14:40 **Data Atend:** 28/08/2023
Paciente..... : DAVI KRESTA PIRES MATEUS
Idade: 17 a
Endereço..... : FRANCISCA DE SOUZA CORTES
Bairro..... : COSTEIRA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83015210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: M750 - CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/08/2023 **Hora Saída :** 19:43

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE DOR EM OMBRO DIREITO DE INICIO HOJE PELA MANHA
NEGA TRAUMAS, NEGA ESFORÇO
PACIENTE CONSULTOU HA 11 DIAS POR TRAUMA NA MAO, RETIROU A TALA GESSADA HA 5 DIAS. SEM DOR.

EXAME FISICO

OMBRO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME
ADM POUCO RESTRITA, POR DOR
NEER -
HAWKINS -
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO ACROMIOCLAVICULAR
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

DOR ARTICULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DOR ARTICULAR

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE E MAE QUANTO AO QUADRO
LISADOR,



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1529757 DATA: 28/08/2023 14:49
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1348474 DT NASC: 28/04/2006 (17A 4M 2D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999398 - DAVI KRESTA PIRES MATEUS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/08/2023 14:40 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M750 CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1348474**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (DIREITO)	1					
Obs.: AP + P + AXILAR						
2 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: AP + P + OBLIQ						


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739