

Atendimento: 1545677 - DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS Lote: 1955193 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
Guia.....: 28407 Validade.:05/06/2025
Senha.....: 28407 Autoriz.:05/06/2025
Carteira...: 28407 Validade.: 31/12/2025 Titular...: DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
: RUA JOSE DRULLA SOBRINHO

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
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO NAKANO PEREIRA - 59883 06388977189	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA NEVES
16/05/2025 17:38:29

Atendimento: 1545677 Data do Atendimento: 16/05/2025
Prontuário: 1041312 Nome: DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 01/09/2013
RG: CPF: 13905003902 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA JOSE DRULLA SOBRINHO

Numero 119

CEP: 81550250

Bairro: UBERABA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 28407

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: JAIRO DOS SANTOS

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Lucas Biscotto dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.37.7565
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 01/09/2013

Nº da Guia: 28407

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	18:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno na aula de ed. física treinando vôlei, quando foi tocar a bola para colega torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 na coordenação, informado para o responsável e encaminhado ambos para o hospital de referencia.


Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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/ISADT

2 - N° Guia no Prestador 5702007

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 28407	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
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/05/2025	23 - Indicação Clínica	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Pedro Nakano Pereira CRM-PR 59883
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)	34 - Tipo de Consulta 9	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					
1 16/05/2025 17:39 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					
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\$) 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					



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

2 - Nº Guia no Prestador 5702007

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sentença			
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 28407	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome DAVI LUCAS BISCOTTO 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 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Padro Nakano Pereira</i>				
21 - Caracter do Atendimento 2				
22 - Data da Solicitação 16/05/2025				
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				
32 - Tipo Atendimento 11				
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
34 - Tipo de Consulta 9				
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 16/05/2025 17:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tão. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total				
001 1.0 80.00 80.00				
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\$) 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 <i>Fausto dos Santos</i>				
68 - Assinatura do Contratado				

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : DAVI BISCOTTO, 11 ANOS

Início da Triagem: 17:33:50.

Fim da Triagem: 17:35:44.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 5º QDE ONTEM. BOLA BATEU NO DEDO. REFERE DOR, EDEMA E EQUIMOSE NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:99bpm FR:rpm Tax:36,4°C SatO2:100% ECG:
Dor:

Data: 16/05/2025.

ENFº GERSON

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1545677 Prontuário: 1041312 SAME: 1041312 Hora Atend: 17:39 Data Atend: 16/05/2025
Paciente..... : DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS Idade: 11 a
Endereço..... : RUA JOSE DRULLA SOBRINHO
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81550250
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/05/2025 Hora Saída : 19:16
Prestador da Evolução Médica: 2268 PEDRO NAKANO PEREIRA

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI, REFERE CONTUSAO EM 5 DEDO EM AXIAL COM BOLA HÁ 1 DIA.
EVOLUINDO COM DOR E EDEMA LOCAL.
MUC NEGA
ALERGIA = NEGA
PESO 47 KILOS

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL 5 DEDO. EDEMA E EQUIMOSE LOCAL, FLEXAO E EXTENSAO PRESERVADOS.

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO 5 DEDO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO 5 DEDO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA

TRATAMENTO

TALA METALICA + ORIENTO RETORNO EM 2 SEMANAS COM ORTOPEDISTA PEDIATRICO PARA REAVALIAÇÃO + ATESTADO ED FISICA 15 DIAS + NOVALGINA GOTAS + IBUPROFENO.

Dr. Pedro Nakano Pereira

Médico

CRM-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1748454 DATA: 16/05/2025 18:02
USUÁRIO.....: PEDRO.PEREIRA
ATENDIMENTO.: 1545677 DT NASC: 01/09/2013 (11A 8M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1041312 - DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/05/2025 17:39 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO NAKANO PEREIRA 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1545677*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 5 DEDO AP + P + OBLIQUO	1					
2 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					

PEDRO NAKANO PEREIRA
Médico
M-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA
CRM: 59883

Atendimento.....: 1545677
Pedido.....: 877346
Paciente.....: DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA
Data do Exame.: 16/05/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

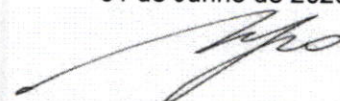
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

01 de Junho de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1545677
Pedido.....: 877346
Paciente.....: DAVI LUCAS BISCOTTO DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA
Data do Exame.: 16/05/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

01 de Junho de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149