

Atendimento: 1240269 - DAVI PARDINI GUSSO Lote: 1479085 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: DAVI PARDINI GUSSO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 7555 Validade.:29/08/2022
Senha.....: 7555 Autoriz.:29/08/2022
Carteira...: 2115221 Validade.: 30/12/2023 Titular...: DAVI PARDINI GUSSO
: DONA BRANCA DO NASCIMENTO MIRANDA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	115,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115,00
Total da Conta:						145,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/08/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
29/08/2022	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO		100,00%	1	8,0000	8,00
	LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
29/08/2022	30722420 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALA ATO		100,00%	1	42,0000	42,00
	LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
Total :						115,00

Total Geral: 145,64



1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2115221

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
DAVI PARDINI GUSSO

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
LUIZA SOUZA ZARSKIE DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48610

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/08/2022

23 - Indicação Clínica
TRAUMA EM SEGUNDO DEOD MAODIREITA EM JOGO DE BASQUETE DOR E EDEMA LOCAL FEZ GELO, USO DE PARAC

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 29/08/2022	11:29	11:29	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1	1	1.0	65.00	65.00
2 29/08/2022	11:29	11:29	22	30711010	IMOBILIZAÇÕES MÃO-GRASPADAS (QUILÔMETRO SEGMENTO)	001	1	1	1.0	8.00	8.00
3 29/08/2022	11:29	11:29	22	30722420	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALANGEAN	001	1	1	1.0	42.00	42.00
4 29/08/2022	11:36	11:36	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRÓDACTILO	001	1	1	1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional Executante(s)

48-Sq.Ref. 49-Gf.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\$)
145.64

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\$)
145.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sentia
6 - Data Validade da Sentia	7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2115221	9 - Validade da Carteira
10 - Nome DAVI PARDINI GUSSO	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 LUIZA SOUZA ZARKE DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 48610	18 - UF 41
19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante MEDICO CRM-PR 33.371
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/08/2022
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1 22 3022420 3071010
25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro Fratura da redução recente mobilização
27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
Dados do Contrato Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
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 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Qlde.	43 - Via
44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part
50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	64 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Assinatura do Especialista ou Responsável

Impresso por: ALESSANDRA NICOLAU Data/Hora: 29/08/2022 11:32:51 Contato: Atendimento: 1240269 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 2115221	9 - Validade da Carteira	10 - Nome DAVI PARDINI GUSSO	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 LUIZA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 48610	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/08/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Ql. Solic. 1	
						28 - Ql. Autoriz. 0	

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acontecimento (Acidente ou Doença relacionada)		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 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via		44 - Têc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
---	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	------------	--	----------	--	-----------	--	----------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO	
---	--	----------------	--	---------------	--	------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 - _____		2 - _____		3 - _____	
4 - _____		5 - _____		6 - _____	
7 - _____		8 - _____		9 - _____	
10 - _____					

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicinas (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado									

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi Pardini Gusso

Nº da Carteirinha: 2.11.5221

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 23/03/2007

Nº da Guia: 7555

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/08/2022	10:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava na educação física e bateu o dedo, está com muita dor, fizemos gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Deizi	(41) 3225-1920

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Recomendamos um raio x, pois está bem inchado.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1240269

692564

Paciente.....: DAVI PARDINI GUSSO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

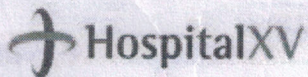
Data do Exame.: 29/08/2022

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange medial do 2º dedo.



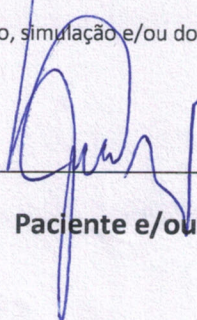
FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ALESSANDRA.NICOLAU
29/08/2022 11:31:24

Atendimento: 1240269 Data do Atendimento: 29/08/2022
Prontuário: 983505 Nome: DAVI PARDINI GUSSO
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 23/03/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988007700
Rua: DONA BRANCA DO NASCIMENTO MIRANDA Numero 791 CEP: 82120340
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115221
Médico: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO CRM: 48610
Responsável: Parentesco:

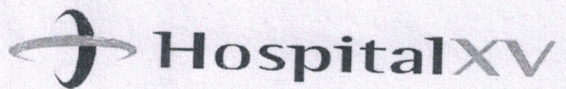
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência 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, a 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 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

30722420 -

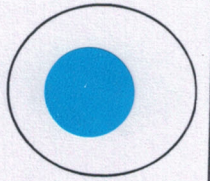
30711010 -

HOSPITAL XV DE CURITIBAFormulário : Triagem e Classificação de Risco
Setor : Pronto atendimento Clínico e Ortopédico**ETIQUETA DO PACIENTE**

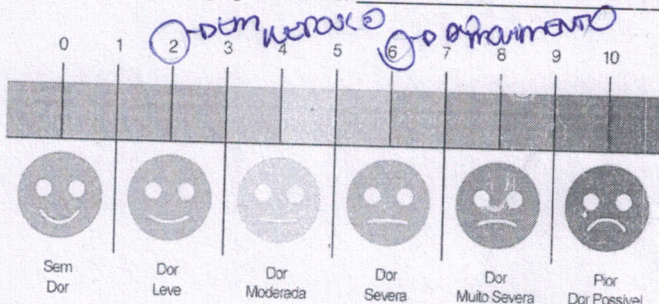
DAVI GUSO (ISA.)

Início da Triagem: 11:04 h

Final da Triagem: 11:20 h

MOTIVO DO ATENDIMENTO: PELA CONVULSÃO (BOLA DE BASQUETE) HA' +1-0122 QUINQUAGÉSIMA 11→ DOR + EDEMA + HEMATOMA em articulação intertarsometatarsal proximal**COMORBIDADES :**HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: DOENÇA SÉPTICAMUCs: X**SINAIS VITAIS:**PA: _____ X _____ mmHg FC 87 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 98 %GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: _____ E. GLASGOW: 15**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**VERMELHO (IMEDIATO) AMARELO (30 MINUTOS)
VERDE (90 MINUTOS) AZUL (120 MINUTOS) **RISCOS**QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPB/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____Matheus Dallagrana Paraizo
Enfermeiro

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1240269 **Prontuário:** 983505 **SAME:** 983505 **Hora Atend:** 11:29 **Data Atend:** 29/08/2022
Paciente..... : DAVI PARDINI GUSSO **Idade:** 15 a
Endereço..... : DONA BRANCA DO NASCIMENTO MIRANDA
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82120340
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/08/2022 **Hora Saída :** 12:09
Prestador da Evolução Médica: 1755 **LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO**

HDA

TRAUMA EM SEGUNDO DEOD MAODIREITA EM JOGO DE BASQUETE
DOR E EDEMA LOCAL
FEZ GELO, USO DE PARACETAMOL E POMADA BALSAMO BENGUE LOCAL
ALERGIAS: NEGA. COMORBIDADES: NEGA

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
EDEMA EM INTERFALANGIANA PROXIMAL
DOR A PALPAÇÃO EM MESMA TOPOGRAFIA E FALANGE MÉDIA
MECANISMOS EXTENSOR E FLEXOR PRESERVADOS
RX: FRATURA FALANGE MEDIA

TRATAMENTO

TALA ALUMINIO
ORIENTAÇÕES GERAIS
ANALGESIA
REPOUSO*ATIVIDADE FISCIA
RETORNO AMBULATORIAL 2 SEMANAS

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1405806 DATA: 29/08/2022 11:36
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1240269 DT NASC: 23/03/2007 (15A 5M 8D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 983505 - DAVI PARDINI GUSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/08/2022 11:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: SALA 4 ORTOPEDIA
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 VI

Rubric
Médi***1240269*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 2º DEDO						

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610