

Atendimento: 1216841 - DAVI PEREIRA CHAGAS Lote: 1442682 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI PEREIRA CHAGAS  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: EVANDRO BIANCO / 42508  
Guia.....: 1216841 Validade.:  
Senha.....: Autoriz.:  
Carteira.: 000 Validade.: Titular....: DAVI PEREIRA CHAGAS  
: HEITOR MORO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

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

HONORARIOS MEDICOS

305 CLINICA MEDICA

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 08/06/2022 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO           | UND         | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
|            | EVANDRO BIANCO - 42508 08071755958   | CLINICO     |         |      |             |          |
| Total :    |                                      |             |         |      |             | 65,00    |

Total Geral: 65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 4053588

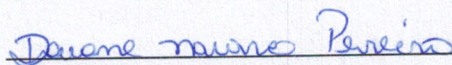
Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                          | 3 - Número da Guia Principal                                                                              | 6 - Data de Validade da Sentinela                                                                                                                   | 7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora    |
| 4 - Data de Autorização                                                                                                                             | 5 - Sentinela                                                                                             | 10 - Nome<br>DAVI PEREIRA CHAGAS                                                                                                                    | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde         |
| 8 - Número da Carteira<br>000                                                                                                                       | 9 - Validade da Carteira                                                                                  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                          |                                                 |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                          | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                               | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                                                    | 17 - Número no Conselho<br>42508                |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>EVANDRO BIANCO                                                                                             | 18 - UF<br>41                                                                                             | 19 - Código CBO<br>225125                                                                                                                           | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante     |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                                                                   | 22 - Data da Solicitação<br>08/06/2022                                                                    | 23 - Indicação Clínica<br>atendimento em escola AMA, por quadro de queda de nível com batida da cabeça na quina da mesa, feto atendimento no local, | 27 - QI Solic.<br>28 - QI Autoriz.              |
| 24 - Tabela                                                                                                                                         | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                       | 26 - Descrição                                                                                                                                      |                                                 |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                      |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                          | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                               | 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                         |                                                 |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                         | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>2                                          | 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<br>1 08/06/2022 16:43 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1,0 65,00 65,00 |                                                                                                                                                     |                                                 |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 48 - Sd. 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\$)<br>65,00                                                                                                          | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0,00                                                              | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0,00                                                                                                               | 62 - Total de OPMs (R\$)<br>0,00                |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0,00                                                                                                            | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0,00                                                              | 65 - Total Geral (R\$)<br>65,00                                                                                                                     | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                      |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                                                 |

URGENCIA/EMERGENCIA  
CLINICA MEDICA - PAREBECA GOMES  
08/06/2022 16:46:50

Atendimento: 1216841      Data do Atendimento: 08/06/2022  
Prontuário: 979518      Nome: DAVI PEREIRA CHAGAS  
Sexo: MASCULINO      Idade: 4      Data de Nascimento: 27/04/2018  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: HEITOR MORO      Numero 168      CEP: 83015650  
Bairro: COSTEIRA      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: DAIANE      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

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Pereira Chagas

**Nº da Carteirinha:** 2.33.7601

**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 27/04/2018

**Nº da Guia:** 6527



| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade            |
|--------------------|----------|--------------|----------------------|
| 08/06/2022         | 15:24:00 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Rosto           |

### Descrição

O aluno estava em sala de aula quando ao correr veio a cair batendo a cabeça na quina da mesa, a professora levou o aluno na sala de apoio ele estava bem não estava chorando.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professora Liliane       | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Daniele                         | 08/06/2022 |

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

### Observações

Ele foi atendido na sala de apoio foi feito a limpeza com soro e a pomada queimalev ele estava bem disse que não estava com dor.

Ass.: \_\_\_\_\_

Daniele Novaes Torino

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **1216841**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                    |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                              | 3 - Nr. Guia Principal                                      | 6 - Data Validade da Senha                           | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data de Autorização                                                                            | 5 - Senha                                                   | 10 - Nome<br>DAVI PEREIRA CHAGAS                     | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde     |                                             |
| Dados do Beneficiário<br>8 - Número da Carteira<br>000                                             | 9 - Validade da Carteira                                    | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          | 17 - Número no Conselho<br>0000             | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados do Solicitante<br>13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                 | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA        | 16 - Conselho Profissional<br>06                     | 18 - UF<br>41                               | 19 - Código CBO                             |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                          |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                                                                  | 22 - Data da Solicitação<br>08/06/2022                      | 23 - Indicação Clínica<br>Consulta em pronto socorro | 27 - Qt. Solic.<br>1                        | 28 - Qt. Autoriz.<br>0                      |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                                | 25 - Código do Procedimento<br>10101039                     | 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro         |                                             |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                                                     |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 29 - Código na Operadora                                                                           | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                 | 31 - Código CNES<br>3005585                          |                                             |                                             |
| 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 / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                                 |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 48 - Seq. Ref.                                                                                     | 49 - Gr. Part                                               | 50 - Código na operacional/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 OPME (R\$)                                                                           |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                   |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 64 - Total Gases Medicinais (R\$)                                                                  |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                                             |                                                             |                                                      |                                             |                                             |
| 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 1216841

Folha: 1 / 1

|                                                             |                                                 |                                                      |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                       | 3 - Nr. Guia Principal                          | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora          | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                    |
| 4 - Data de Autorização                                     | 5 - Senha                                       | 6 - Data Validade da Senha                           |                                                                               |
| Dados do Beneficiário                                       |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 8 - Número da Carteira<br>000                               | 9 - Validade da Carteira                        | 10 - Nome<br>DAVI PEREIRA CHAGAS                     | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                       |
| Dados do Solicitante                                        |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA     | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA | 16 - Conselho Profissional<br>0000                                            |
| 17 - Número no Conselho<br>41                               | 18 - UF<br>41                                   | 19 - Código CBO<br>06                                | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                   |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados   |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2                           | 22 - Data da Solicitação<br>08/06/2022          | 23 - Indicação Clínica<br>Consulta em pronto socorro | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>28 - Descrição<br>1 22 10101039 |
| Dados do Contratado Executor                                |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 29 - Código na Operadora                                    | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA     | 31 - Código CNES<br>3005585                          | 32 - Tipo Atendimento                                                         |
| Dados do Atendimento                                        |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta                           | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           | 36 - Data                                                                     |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados       |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 37 - Hr. Inicial                                            | 38 - Hr. Final                                  | 39 - Tabela                                          | 40 - Código do Procedimento                                                   |
| 41 - Descrição                                              | 42 - Qtd                                        | 43 - Via                                             | 44 - Tec.                                                                     |
| 45 - % Red / Acresc.                                        | 46 - Valor Unitário (R\$)                       | 47 - Valor Total (R\$)                               | 48 - Seq. Ref.                                                                |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)           |                                                 |                                                      |                                                                               |
| 49 - Gt. Part                                               | 50 - Código na operadora/CPF                    | 51 - Nome do Profissional                            | 52 - Conselho Profissional                                                    |
| 53 - Número no Conselho                                     | 54 - UF                                         | 55 - 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 OFME (R\$)                        | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                     | 64 - Total Gases Medicinais (R\$)                                             |
| 65 - Total Geral (R\$)                                      | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável       | 68 - Assinatura do Contratado                                                 |

\*\*

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1216841

Contat/Lote

Data/Hora: 06/06/2022 16:47:30

Impresso por: REBECA GOMES

## DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216841    **Prontuário:** 979518    **SAME:**    **Hora Atend:** 16:43    **Data Atend:** 08/06/2022  
Paciente..... : DAVI PEREIRA CHAGAS    **Idade:** 4 a  
Endereço..... : HEITOR MORO  
Bairro..... : COSTEIRA  
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF...:** PR    **CEP:** 83015650  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
CID Principal..... : W019 - QUEDA NO MESMO NIVEL POR ESCORREGAO, TROPECAO OU PASSOS EM FALSOS [TRASPE  
CID's Secundários :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 08/06/2022    **Hora Saída :** 16:59  
**Prestador da Evolução Médica:** 1387    **EVANDRO BIANCO**

### HDA

atendimento em escola AMA, por quadro de queda de nível com batida da cabeça na quina da mesa, feto atendimento no local, sem queixas de dor, feito limpeza com soro e pomada queimalev; vem para primeiro atendimento acompanhado mae dayane.

### EXAME FISICO

paciente com fcc em região de couro cabeludo sem sangramento ativo com abaulamento da região, paciente ativo, comunicativo,

### DIAGNOSTICO

tce

### DIAGNOSTICO - HISTORICO

tce

### TRATAMENTO

encaminho paciente para especialista em hospital PP;  
fico a disposição

Dr. Evandro Bianco  
MÉDICO  
CRM-PR 42.508

EVANDRO BIANCO / 42508  
CLINICA GERAL