

Atendimento: 1217398 - DERICK BRUNO MARTINS Lote: 1443495 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DERICK BRUNO MARTINS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 1217398 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 0000 Validade.: Titular.: DERICK BRUNO MARTINS
: MAJOR THEOLINDO FERREIRA RIBAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/06/2022	40803031 COSTELAS - POR HEMITÓRAX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 4053565

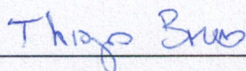
Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DERICK BRUNO MARTINS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0000		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DERICK BRUNO MARTINS		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 EDER HENRIQUE CORREA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45078	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/06/2022		23 - Indicação Clínica REFERE DOR INICIADO A NOITE QUE MELHOROU HJ PELA MANHA EM REGIAO DA COSTELA ESQUERDA NEGA TRA		24 - UF 41		25 - Código CBO 225270	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql Solic.		28 - Ql 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 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 10/06/2022 14:50 2 10/06/2022 15:16		39 - Procedimento 40-Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 40803031 RX - COSTELAS - FOR HEMITORAX		41-Valor Unitário 42-Valor Total 65.00 65.00 31.72 31.72	
43-Qtde. 44-Via 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 31.72 31.72		48-Sq. Ref.		49-Gr. Part		50-Cod 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\$) 96.72		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\$) 96.72		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional		72 - Assinatura do Profissional	

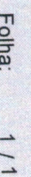
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
10/06/2022 14:53:20

Atendimento: 1217398 Data do Atendimento: 10/06/2022
Prontuário: 979607 Nome: DERICK BRUNO MARTINS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 25/11/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998589440
Rua: MAJOR THEOLINDO FERREIRA RIBAS Numero 112 CEP: 81630100
Bairro: HAUER Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: EDER HENRIQUE CORREA CRM: 45078
Responsável: THIAGO BRUNO MARTINS 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



Folha: 1 / 1

100

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
0000	
10 - Nome	
DERICK BRUNO MARTINS	
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 EDER HENRIQUE CORREA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 45078	
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Marcelo Assis MÉDICO	
CRM-PR 38.371 - RQE 28.487	

Dados da Solicitação / Processamentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
2	10/06/2022
23 - Indicação Clínica	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	1	0
1	22 10101039	Consulta em pronto socorro		

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES	3005585

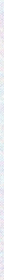
Data do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

[illegible]

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

[illegible]

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 Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador 1217398

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho

18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento 22 - Data de Solicitação 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz. 29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 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\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 48 - Seq. Ref. 49 - Gr. 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 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

Impresso por: REBECA GOMES Data/Hora: 10/06/2022 14:54:41 Contato: 1217398 Contêiner: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1217398 Prontuário: 979607 SAME: 979607 Hora Atend: 14:50 Data Atend: 10/06/2022
Paciente..... : DERICK BRUNO MARTINS Idade: 11 a
Endereço..... : MAJOR THEOLINDO FERREIRA RIBAS
Bairro..... : HAUER
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 81630100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S223 - FRATURA DE COSTELA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/06/2022 Hora Saída : 15:45
Prestador da Evolução Médica: EDER HENRIQUE CORREA

HDA

REFERE DOR INICIADO A NOITE QUE MELHOROU HJ PELA MANHA EM REGIAO DA COSTELA ESQUERDA NEGA TRAUMA RECENTE , RELATA TRAUMA HA 2 SEMANAS .

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL SEM HEMATOMAS OU EQUIMOSES

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE COSTELA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE COSTELA

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ETIQUETA DO PACIENTE

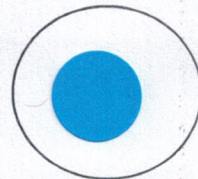
Alerick Bruno M.

Início da Triagem:

ato
14 : *33* h

Final da Triagem:

14 : *34* h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

trauma em arco costais lado E

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DCS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO [] SIM [☒] QUAIS: *ileunapeno*

MUCs: *não*

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmhg FC *100* bpm FR *18* rpm Tax: _____ °C SatO2 *98* %

GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: *2* 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:

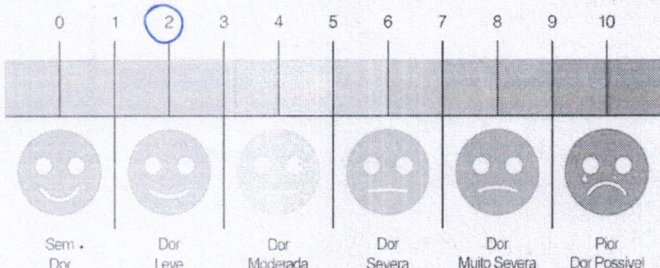
NÃO [☒] SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ 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: _____



Keli Cristiana Penteado

Enfermeira

COREN-PR 552.011

Assinatura e carimbo Enfermeiro

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Derick Bruno Martins
Nº da Carteirinha: 2.11.6305
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 25/11/2010

Nº da Guia: 6559

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2022	11:04:00	Ginásio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Abdomen

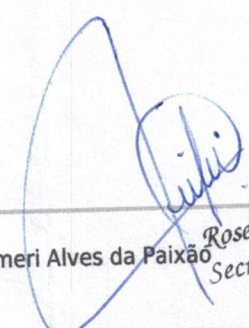
Descrição
Aluno caiu e bateu a barriga (costela). Está sentindo dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3225-1920

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

Observações
Passamos Gelol mas segue com dor. Indicamos raio X.

Ass.: _____


Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

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

PRESCRIÇÃO.: 1380553 DATA: 10/06/2022 15:15
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1217398 DT NASC: 25/11/2010 (11A 6M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 979607 - DERICK BRUNO MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/06/2022 14:50 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: SALA 2 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S223 FRATURA DE COSTELA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1217398*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 COSTELAS - POR HEMITORAX (ESQUERDO)

1

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1217398

Pedido.....: 679789

Paciente.....: DERICK BRUNO MARTINS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 10/06/2022

RX DOS ARCOS COSTAIS À ESQUERDA (HEMITÓRAX ESQUERDO)

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal.

Não se observam sinais de fratura.

Não há evidência de pneumotórax.

12 de Junho de 2022

Dr(a). BRUNA SCOLARO STASIEVSKA
CRM 3705