

Atendimento: 1456036 - EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES Lote: 1817036 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.: Plano..... UNICO
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 19448 Validade.:31/07/2024
Senha.....: 19448 Autoriz.:31/07/2024
Carteira.: 367967 Validade.: 12/12/2024 Titular...: EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES
: MACAPA

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
31/07/2024	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
31/07/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador 19448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 31/07/2024		5 - Senha 19448	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19448	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 367967		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES		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 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 47240		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 31/07/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA COM BOLA EM 2QDD, HIPEREXTENSAO, ONTEM.			
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	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 31/07/2024 11:37 11:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
2 31/07/2024 12:04 12:04 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		001 1.0 35.58 35.58	
3 31/07/2024 12:04 12:04 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		001 1.0 35.58 35.58	
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\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduardo Vinicius da Gama Alves
Nº da Carteira: 3.6.7967
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 22/07/2013

Nº da Guia: 19448

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/07/2024	17:14:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Aluno estava na educação física futsal, aluno estava no gol e a bola bateu em seu dedo virou para traz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosali	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	30/07/2024

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
Feito os primeiros socorros, gelo no local feito tala.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinas

Jaques Henrique De Oliveira

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 19448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/07/2024

5 - Senha

19448

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19448

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367967

9 - Validade da Carteira

12/12/2024

10 - Nome

EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

31/07/2024

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 31/07/2024 11:37 11:37 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(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 Custos 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 19448

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/07/2024

5 - Senha

19448

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
19448

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
367967

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome

EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
31/07/2024

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

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

1 31/07/2024 11:37 11:37 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(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 - / /
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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

Atendimento.....: 1456036
Pedido.....: 821949
Paciente.....: EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 31/07/2024

RADIOGRAFIA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Agosto de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
31/07/2024 11:41:53

Atendimento: 1456036 Data do Atendimento: 31/07/2024
Prontuário: 982673 Nome: EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 22/07/2013
RG: 153534136 CPF: 10957493908 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997392328

Rua: MACAPA Numero 910 CEP: 82620110
Bairro: TINGUI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367967
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARIA CRISTINA RODRIGUES 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

PRESCRIÇÃO.: 1652105 DATA: 31/07/2024 12:04
USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1456036 DT NASC: 22/07/2013 (11A 0M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 982673 - EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/07/2024 11:37 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1456036*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1456036 Prontuário: 982673 SAME: 982673 Hora Atend: 11:37 Data Atend: 31/07/2024
Paciente..... : EDUARDO VINICIUS DA GAMA ALVES Idade: 11 a
Endereço..... : MACAPA
Bairro..... : TINGUI
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82620110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 31/07/2024 Hora Saída : 18:56
Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

HDA

TRAUMA COM BOLA EM 2QDD, HIPEREXTENSÃO, ONTEM.

EXAME FISICO

BEG

AUMENTO DE VOLUME ART INTERF PROXIMAL, HEMATOMA REGIÃO VOLAR. NV PRESERVADO.
FLEXÃO E EXTENSÃO PRESENTES, LIMITADAS POR DOR.

DIAGNOSTICO

FRATURA FALANGE

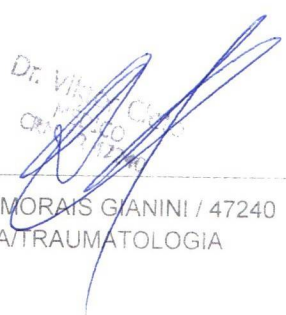
DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA FALANGE

TRATAMENTO

RX + TALA METALICA

PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N. ORIENTO
SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
CONSULTA AMBU EM 2 SEMANAS


VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA