

Atendimento: 1351329 - EMANUEL SANTOS MOREIRA Lote: 1653138 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUEL SANTOS MOREIRA

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485

Guia.....: 13230 Validade.:05/09/2023

Senha.....: 13230 Autoriz.:05/09/2023

Carteira.: 366708 Validade.: 31/12/2023 Titular...: EMANUEL SANTOS MOREIRA

: JOAO KANIA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	42,64	0,00	0,00	0,00	0,00	42,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						107,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2023	40802078 SACRO-COCCIX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	42,6400	42,64
Total :					42,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00.
Total Geral:						107,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 13230

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 05/09/2023	5 - Sentença 13230	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13230
---------------------------------------	-----------------------	----------------------------------	--

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 366708	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome EMANUEL SANTOS MOREIRA	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15485	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/09/2023	23 - Indicação Clínica PCTE TEVE UMA QUEDA SENTADO E MACHUCOU A REGIÃO DO SACRO, TEM DOR NO LOCAL NÃO TOMOU NENHUM	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
---	----------------------------------	--	---	--------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
---	----------------

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 04	33 - Indicação de Aderente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	1 05/09/2023 18:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 42.64 65.00 42.64 2 05/09/2023 19:11 22 40802078 RX - SACRO-COCCIX 001 1.0 42.64
--	---

Identificação do(s) Profissional(is) 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 do Procedimento em Série 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 107.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 107.64
---------------------------------	---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	---	----------------------------------

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuel Santos Moreira
Nº da Carteira: 3.6.6708
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 04/02/2009

Nº da Guia: 13230

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2023	14:43:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição
Aluno estava na sala de aula quando ao se jogar no chão acabou batendo a região do final do glúteo começo da coluna cervical no chão da sala de aula, estava acompanhado pela professora auxiliar mas não deixou ninguém tocar o local. aconteceu no dia de ontem 4 de setembro de 2023. Mãe já havia sido informada no dia de ontem para caso houvesse a necessidade nos procura-se.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Auxiliar Marieli	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor	05/09/2023

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

Observações
Prestado os primeiros atendimentos na enfermaria escolar e mãe se encontrava ciente.

Ass.: _____

Janaína aparecida de Souza da 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 13230

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Senha

13230

6 - Data de Validade da Senha

13230

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

366708

31/12/2023

10 - Nome
EMANUEL SANTOS MOREIRA

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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 05/09/2023 18:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(ais) 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMIE (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

1652128



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

2 - Nº Guia no Prestador 13230

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Senha

13230

6 - Data de Validade da Senha

13230

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

31/12/2023

9 - Nome

EMANUEL SANTOS MOREIRA

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

366708

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

766300518000107

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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz.

29 - Código na Operadora

766300518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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 05/09/2023 18:51 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

65.00

65.00

Identificação do(a) Profissional(is) Encarregado(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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / /

2 - / / 4 - / /

5 - / / 6 - / /

7 - / / 8 - / /

9 - / / 10 - / /

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

61 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

0.00

62 - Total de Materiais (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Luiz Gustavo F. Borges

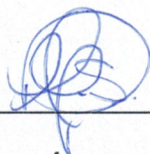
Ortopedia e Traumatologia

CRM 45485

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
05/09/2023 18:52:16

Atendimento: 1351329 Data do Atendimento: 05/09/2023
Prontuário: 821218 Nome: EMANUEL SANTOS MOREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 04/02/2009
RG: 72580451 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: JOAO KANIA Numero 281 CEP: 82650470
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366708
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANIELA MOREIRA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1351329 **Prontuário:** 821218 **SAME:** 821218 **Hora Atend:** 18:51 **Data Atend:** 05/09/2023
Paciente..... : EMANUEL SANTOS MOREIRA
Idade: 14 a
Endereço..... : JOAO KANIA
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA
UF...: PR **CEP:** 82650470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/09/2023 **Hora Saída :** 19:37
Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE TEVE UMA QUEDA SENTADO E MACHUCOU A REGIÃO DO SACRO , TEM DOR NO LOCAL
NÃO TOMOU NENHUMA MEDICAÇÃO

EXAME FISICO

TEM ANATOMIA PRESERVADA
DOR NA REGIÃO DO SACRO

DIAGNOSTICO

RX NORMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX NORMAL

TRATAMENTO

DIPIRONA GOTAS
ORIENTAÇÃO

Dr. Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15.485 - CPF 894.085.439-04

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1532654 DATA: 05/09/2023 19:11
USUÁRIO.....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1351329 DT NASC: 04/02/2009 (14A 7M 0D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 821218 - EMANUEL SANTOS MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2023 18:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1351329

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 SACRO COCCIX	1					

Dr. Luiz C. ...
CRM 15.485 - Crr 654.085.439-04
LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485