

Atendimento: 1543528 - ENZO ESMANHOTTO STIVAL Lote: 1951941 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ENZO ESMANHOTTO STIVAL
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
Guia.: 27849 Validade.:13/05/2025
Senha.: 27849 Autoriz.:13/05/2025
Carteira.: 3303002 Validade.: 31/12/2025 Titular.: ENZO ESMANHOTTO STIVAL
: RUA NATAL PEDRO DALLA STELLA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,70	0,00	0,00	0,00	0,00	5,70
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						85,70

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2025	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS	UND	1	0,3240	0,32
10/05/2025	08006168 LAMINA DE BISTURI N 11 B.BRAUNN	UND	1	5,3820	5,38
Total :					5,70

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PEDRO NAKANO PEREIRA - 59883 06388977189	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 85,70



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

2 - Nº Guia no Prestador **27849**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 13/05/2025		5 - Senha 27849		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27849							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 3303002		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome ENZO ESMANHOTTO STIVAL		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 PEDRO NAKANO PEREIRA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 59883		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 13/05/2025		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI PARA RETIRADA DE PONTOS. LESAO DE 5 E 4 DEDOS HA 11 DIAS. NEGA QUEIXAS									
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										31 - Código CNES 3005585	
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 10/05/2025 13:00 13:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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													
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
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\$) 5.70 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\$) 85.70													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

[illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador **1543528**

Folha: 1 / 1

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																			
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 3303002		9 - Validade da Carteira	10 - Nome ENZO ESMANHOTTO STIVAL		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 PEDRO NAKANO PEREIRA		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 59883	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Pedro N. Pereira Médico ACRM-PR 59883																	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/05/2025		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0																
Dados do Contratado Executante						31 - Código CNES 3005585																	
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 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) 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																							
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -															
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -															
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																			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
10/05/2025 13:03:02

Atendimento: 1543528 Data do Atendimento: 10/05/2025
Prontuário: 1040185 Nome: ENZO ESMANHOTTO STIVAL
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 17/09/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996583333

Rua: RUA NATAL PEDRO DALLA STELLA

Numero 361

CEP: 82030490

Bairro: SANTA FELICIDADE

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3303002

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

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, 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.

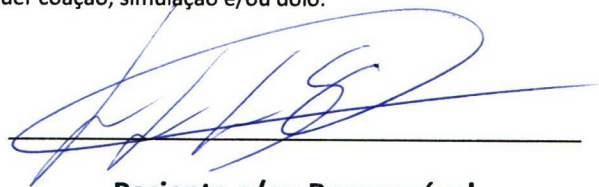
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.: 1746542 DATA: 10/05/2025 13:05
USUÁRIO...: PEDRO.PEREIRA
ATENDIMENTO: 1543528 DT NASC: 17/09/2012 (12A 7M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1040185 - ENZO ESMANHOTTO STIVAL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/05/2025 13:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO NAKANO PEREIRA SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S610 FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1543528

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 C.C. RETIRADA DE PONTOS-60022264	1					[10/05]	13:05
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	1	UNIDADE					
C/5 UND ESTERIL							
-> LAMINA DE BISTURI N 11 UND	1	UNIDADE					

Dr. Pedro Nakano Pereira
Médico
CRM-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA
CRM: 59883

01/01/2003
Mexico
Dr. Pedro (Mexico) 191118

01/01/2003

Período de 10/05/2025 a 10/05/2025

Atendimento: **1543528 ENZO ESMANHOTTO STIVAL**

Nascimento: 17/09/2012

Mãe: LUCIANA ESMANHOTTO STIVAL

Internação: 10/05/2025 CID: S610 FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: PEDRO NAKANO PEREIRA

Evolução/Anotação: 00735027

Data: 10/05/2025

Hora: 17:53

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO RETIRADA DE PONTOS, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM
INTERCORRÊNCIAS. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

UTILIZADO:

01 LÂMINA 11

01 COMPRESA DE GAZE 7,5 X 7,5 CM

Elizete R. Conrado
Téc. Enfermagem
Coren-PR 601404

0587 ELIZETE ROCHA CONRADO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 601404

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 1543528 **Prontuário:** 1040185 **SAME:** 1040185 **Hora Atend:** 13:00 **Data Atend:** 10/05/2025
Paciente.....: ENZO ESMANHOTTO STIVAL **Idade:** 12 a
Endereço.....: RUA NATAL PEDRO DALLA STELLA
Bairro.....: SANTA FELICIDADE
Cidade.....: CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82030490
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S610 - FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários.:
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída.....: 10/05/2025 **Hora Saída :** 13:36
Prestador da Evolução Médica: 2268 **PEDRO NAKANO PEREIRA**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI PARA RETIRADA DE PONTOS. LESAO DE 5 E 4 DEDOS HÁ 11 DIAS.
NEGA QUEIXAS

EXAME FISICO

SUTURA LIMPA E SECA. PELE INTEGRAL. AUSÊNCIA DE HIPEREMIA OU SINAIS DE INFECÇÃO; FLEXÃO E
EXTENSÃO PRESERVADOS.

DIAGNOSTICO

LESAO CORTO CONTUSA EM 4 E 5 DEDOS CICATRIZADA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO CORTO CONTUSA EM 4 E 5 DEDOS CICATRIZADA

TRATAMENTO

RETIRADA DE PONTOS + ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTO SINAIS DE ALARME
E RETORNO S/N


Dr. Pedro Nakano Pereira
Médico
CRM-PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1543528 **Prontuário:** 1040185 **SAME:** 1040185 **Hora Atend:** 13:00 **Data Atend:**10/05/2025
Paciente..... : ENZO ESMANHOTTO STIVAL **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA NATAL PEDRO DALLA STELLA
Bairro..... : SANTA FELICIDADE
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82030490
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S610 - FERIMENTO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/05/2025 **Hora Saída :** 13:36

Prestador da Evolução Médica: 2268 **PEDRO NAKANO PEREIRA**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI PARA RETIRADA DE PONTOS. LESAO DE 5 E 4 DEDOS HÁ 11 DIAS.
NEGA QUEIXAS

EXAME FISICO

SUTURA LIMPA E SECA. PELE INTEGRAL. AUSENCIA DE HIPEREMIA OU SINAIS DE INFECCAO; FLEXAO E
EXTENSAO PRESERVADOS.

DIAGNOSTICO

LESAO CORTO CONTUSA EM 4 E 5 DEDOS CICATRIZADA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO CORTO CONTUSA EM 4 E 5 DEDOS CICATRIZADA

TRATAMENTO

RETIRADA DE PONTOS + ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTO SINAIS DE ALARME
E RETORNO S/N

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA