

Atendimento: 1222995 - FERNANDO FLORENCIO DA SILVA Lote: 1452111 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: FERNANDO FLORENCIO DA SILVA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
 Guia.....: 1222995 Validade.:30/06/2022
 Senha.....: 1222995 Autoriz...:30/06/2022
 Carteira.: 000 Validade.: Titular....: FERNANDO FLORENCIO DA SILVA
 : AMAPA DO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/06/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO FABIO HENRIQUE GOMES DE F - 36483 04808561921	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernando Florencio da Silva
Nº da Carteira: 3.30.1972
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 13/04/2009

Nº da Guia: 6822

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/06/2022	11:03:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava jogando vôlei, e bateu na bola de mau jeito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Linderberg	(41) 99237-2029
Linderberg	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Linderberg	30/06/2022

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

Observações
Procedimento adotado: Foi colocado gelo, e informado a família. Local de atendimento: Endereço: R. XV de Novembro, 2223 - Alto da XV, Curitiba - PR, 80045-125.

Ass.: _____

Gildeni Pereira Maciel da Silva

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.DORES
30/06/2022 12:15:37

Atendimento: 1222995 Data do Atendimento: 30/06/2022
Prontuário: 980612 Nome: FERNANDO FLORENCIO DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 13/04/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988952584
Rua: AMAPA DO Numero 485 CEP: 80810200
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000
Médico: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS CRM: 36483
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.

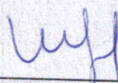
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1222995

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

8 - Número da Carteira 000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome FERNANDO FLORENCIO DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora 76530518000107

14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 36483

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante *Dr. Marcelo Asmelli*

21 - Carteira de Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 30/06/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 2

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

26 - Descrição Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 1

28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contrato HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES 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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ser.

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 Casos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MARIA DORES

Data/Hora: 30/06/2022 12:16:28

Contatado:


Atendimento: 1222995

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ETIQUETA DO PACIENTE

FERNANDO ROCHA

Início da Triagem: *12* : *04* h
 Final da Triagem: *12* : *07* h



MOTIVO DO ATENDIMENTO *Queda contusão em mão (D), durante partida de vôlei*

MR (D)

** Edema em 1º quadrante*
** N consegue estender os dedos do 1º quadrante*

COMORBIDADES :

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

ALERGIAS: NÃO [*] SIM [] QUAIS: _____

MUCs: _____

SINAIS VITAIS:

PA : _____ **X** _____ **mmhg** **FC** *85* **bpm** **FR** _____ **rpm** **Tax:** _____ **°C** **SatO2** *97* **%**

GLICEMIA: _____ **mg/dl** **ESCALA DE DOR:** _____ **E. GLASGOW:** *15*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) ● AMARELO (30 MINUTOS) ○
 VERDE (90 MINUTOS) ● AZUL (120 MINUTOS) ●

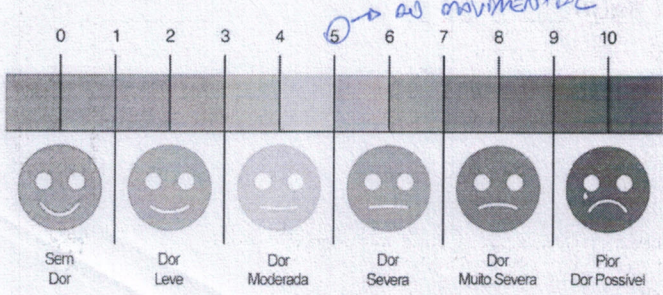
RISCOS

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: _____



[Signature]
 Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1386934 DATA: 30/06/2022 12:29
 USUÁRIO....: FABIO.FREITAS
 ATENDIMENTO: 1222995 DT NASC: 13/04/2009 (13A 2M 17D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 980612 - FERNANDO FLORENCIO DA SILVA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 30/06/2022 12:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS SERVIÇO: SALA 2 ORTOPEDIA
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1222995**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					

Dr. Fábio Henrique G. De Freitas
 MÉDICO
 CRM 36483

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS
 CRM: 36483

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1222995 **Prontuário:** 980612 **SAME:** 980612 **Hora Atend:** 12:13 **Data Atend:**30/06/2022
Paciente..... : FERNANDO FLORENCIO DA SILVA **Idade:** 13 a
Endereço..... : AMAPA DO
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF.:** PR **CEP:** 80810200
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 30/06/2022 **Hora Saída :** 12:46

Prestador da Evolução Médica: 1444 FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE
RELATA TRAUMA EM 1º QDD HÁ CERCA DE 2 HORAS

EXAME FISICO

SEM EDEMA OU EQUIMOSE
ADM POLEGAR REDUZIDA PELA DOR
NV PRESERVADO
PELE INTEGRAS

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO MÃO DIREITA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO MÃO DIREITA

TRATAMENTO

NIMESULIDA
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALRME

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA