

Atendimento: 1493025 - GABRIELLA S PINHEIRO MACHADO Lote: 1874449 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELLA S PINHEIRO MACHADO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
Guia.....: 23440 Validade.:25/11/2024
Senha.....: 23440 Autoriz.:25/11/2024
Carteira.: 278194 Validade.: 12/12/2024 Titular....: GABRIELLA S PINHEIRO MACHADO
: RUA VICTORIO VIZINONI

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
25/11/2024	40804054 JOELHO 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
25/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 151,16

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo de Quadros
Nº da Carteira: 2.79.1022
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 18/08/2014 Nº da Guia: 23494

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2024	10:45:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
durante aula de educação física bateu o dedo de maneira incorreta na bola, ocasionando luxação

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sincler	27/11/2024

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 gelo no local

Ass.: 
Sincler Demian Klabunde

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 **23494**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/11/2024		5 - Senha 23494	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23494	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791022		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome LEONARDO DE QUADROS		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 Dr. Abner A. Ferreira Médico CRM-PR 45201	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/11/2024	
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	
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 1 27/11/2024		37 - Hr. Inicial 16:40	
38 - Hr. Final 16:40		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
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 * Leonardo de Quadros	
68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
27/11/2024 16:42:01

Atendimento: 1493786 Data do Atendimento: 27/11/2024
Prontuário: 976658 Nome: LEONARDO DE QUADROS
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 18/08/2014
RG: 149865015-0 CPF: 13059813914 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: AGENOR LINO DE OLIVEIRA BLC10 101 Numero 290 CEP: 83045170

Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2791022

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.

x 

Paciente e/ou Responsável

R

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : LEONARDO DE QUADROS, 10 ANOS

Início da Triagem: 16:34:15.
Fim da Triagem: 16:37:31.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 5º QDE COM BOLA DE HANDBALL EM BRINCADEIRA DE QUEIMADA HOJE PELA MANHÃ. REFERE DOR NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg	FC:60bpm	FR:rpm	Tax:36,0°C	SatO2:98%	ECG:
Dor:					

Data: 27/11/2024.



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

2 - Nº Guia no Prestador **23494**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/11/2024		5 - Senha 23494	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23494	
8 - Número da Carteira 2791022		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome LEONARDO DE QUADROS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 27/11/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic.			
28 - Qt. Autoriz.			
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) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
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			
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			
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 x			
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

•PRESCRIÇÃO.: 1693021 DATA: 27/11/2024 16:58
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1493786 DT NASC: 18/08/2014 (10A 3M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 976658 - LEONARDO DE QUADROS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/11/2024 16:40 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1493786

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1					
Obs.: 5° QDE AP + PERFIL						

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1493786	Prontuário: 976658	SAME: 976658	Hora Atend: 16:40	Data Atend:27/11/2024
Paciente.....	: LEONARDO DE QUADROS			Idade: 10 a	
Endereço.....	: AGENOR LINO DE OLIVEIRA BLC10 101				
Bairro.....	: AFONSO PENA				
Cidade.....	: SAO JOSE DOS PINHAIS			UF...: PR	CEP: 83045170
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal.....	: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ENCAMINHADO AMB - ORTOPEDIA GERAL				
Data Saída.....	: 27/11/2024			Hora Saída : 18:42	
Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA					

HDA
TRAUMA AXIAL EM 5° QDE CONTRA BOLA DE HANDEBOL. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO MCF E IFP DO 5° QDE

EXAME FISICO
PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO MCF E IFP DO 5° QDE. ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO; RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO DO 5° QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO DO 5° QDE

TRATAMENTO
PRESCREVO ANALGESIA, ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E REPOUSO. RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO, CASO PERSISTENCIA DOS SINTOMAS;


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1493786
Pedido.....: 845255
Paciente.....: LEONARDO DE QUADROS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 27/11/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange proximal do 5º dedo.

07 de Dezembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149