

Atendimento: 1221905 - GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO Lote: 1450326 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LEONARDO ELIAS / 22993  
Guia.....: 6757 Validade.:27/06/2022  
Senha.....: 6757 Autoriz.:27/06/2022  
Carteira.: 366291 Validade.: 25/02/2023 Titular...: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO  
: NOSSA SENHORA DO ROCIO

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        |
| <b>Total da Conta:</b> |           |       |          |                |       | <b>95,64</b> |

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

| Data           | Procedimento / Prestador - CRM - CPF   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total     |
|----------------|--|-------------|------|-------------|--------------|
| 27/06/2022     | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64        |
| <b>Total :</b> |  |             |      |             | <b>30,64</b> |

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data           | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                             | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario  | VI Total |
|----------------|--|----------------|---------|------|--------------|----------|
| 27/06/2022     | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>LEONARDO ELIAS - 22993 07413109700 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 65,0000      | 65,00    |
| <b>Total :</b> |  |                |         |      | <b>65,00</b> |          |

**Total Geral: 95,64**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Giovanna Vitória de França Alaiko  
**Nº da Carteira:** 3.6.6291  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 25/09/2008

**Nº da Guia:** 6757

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-----------|
| 27/06/2022         | 12:33:00 | Quadra | Saída     |

| O que aconteceu  | Partes do corpo                  |
|--|----------------------------------|
| Choque com terceiros ( <b>Ex.: entre dois alunos</b> ) | Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Estudante estava sentada na arquibancada quando outro estudante não percebeu sua mão e acabou pisando ocasionando exposição da unha não houve inchaço.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitora Graci           | (41) 3051-8620 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Coordenador Eliam               | 27/06/2022 |

## Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

## Observações

Foi aplicado gelo no local, feito limpeza do local e ficou em observação.

Ass.: \_\_\_\_\_

Elian Kelvin dos Santos

**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 ORTOPEDICOFERNANDA.RIBEIRO  
27/06/2022 14:32:34

Atendimento: 1221905      Data do Atendimento: 27/06/2022  
Prontuário: 948000      Nome: GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO  
Sexo: FEMININO      Idade: 13      Data de Nascimento: 25/09/2008  
RG:      CPF: 09505082924      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: NOSSA SENHORA DO ROCIO      Numero 267      CEP: 82720250  
Bairro: SANTA CANDIDA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366291  
Médico: LEONARDO ELIAS      CRM: 22993  
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.

Neiva monique R. Alaike

Paciente e/ou Responsável

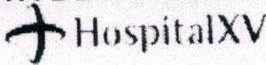
Prontuário: **948000** Atendimento: **1221905**

**GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO**

Mãe: **NEIVA MONIQUE RAMOS LAIKO SOUZA**

Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**

Nascimento: **25/09/2008**

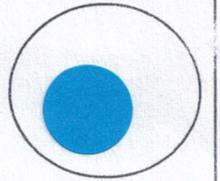


Início da Triagem:

14:13h

Final da Triagem:

14:16h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

Dor em dedo anelar mão @  
depois pisado;

COMORBIDADES :

HAS [ ]      CARDIOPATIA [ ]      DISLIPIDEMIAS [ ]      LIMITAÇÃO FÍSICA [ ]  
DM [ ]      PNEUMONIA [ ]      NEOPLASIAS [ ]      DÇS PSIQUIÁTRICAS [X]  
DÇ NEUROLÓGICA [ ]      OUTRAS \_\_\_\_\_

ALERGIAS: NÃO [X] SIM [ ] QUAIS: \_\_\_\_\_

MUCs: metformina

SINAIS VITAIS:

PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg FC 117 bpm FR \_\_\_\_\_ rpm Tax: 36.7 °C SatO2 97 %

GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl      ESCALA DE DOR: 8      E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

RISCOS

QUEDA: NÃO [X] SIM [ ] JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

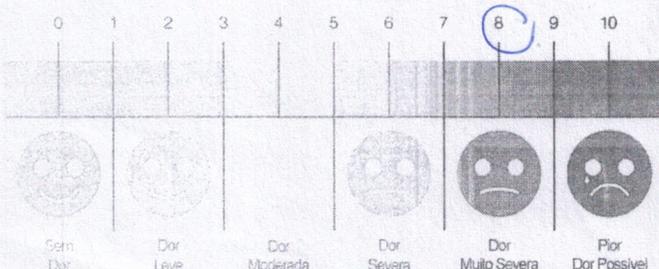
NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPa/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: \_\_\_\_\_



Lucas Tadeu Da Silva  
ENFERMEIRO  
COREN-PR 578249

Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1385767 DATA: 27/06/2022 14:39  
USUÁRIO....: LEONARDO.ELIAS  
ATENDIMENTO: 1221905 DT NASC: 25/09/2008 (13A 9M 2D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 948000 - GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 27/06/2022 14:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO ELIAS SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1221905\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

01 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)  
Obs.: PERFIL ANULAR

1

LEONARDO ELIAS  
CRM: 22993

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1221905    **Prontuário:** 948000    **SAME:** 948000    **Hora Atend:** 14:30    **Data Atend:**27/06/2022  
**Paciente.....** : GIOVANNA VITORIA DE FRANCA ALAIKO    **Idade:** 13 a  
**Endereço.....** : NOSSA SENHORA DO ROCIO  
**Bairro.....** : SANTA CANDIDA  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 82720250  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S609 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 27/06/2022    **Hora Saída :** 15:08

**Prestador da Evolução Médica:** 11    **LEONARDO ELIAS**

**HDA**

TRAUMA DIRETO DEDO ANULAR DIR HOJE NA ESCOLA , MENINO PISOU EM SUA MAÕ  
EF - FERIDA LOCAL COM SANGRAMENTO ATIVO , DEFORMIDADE COM ANGULAÇÃO DORSAL , DOR A  
PALP,  
RX - FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DO ANULAR  
CD - IH PARA TRATAMENTO CIRURGICO

LEONARDO ELIAS / 22993  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA