

Atendimento: 1340754 - GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO Lote: 1636544 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano...:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 12543 Validade.:03/08/2023
Senha.....: 12543 Autoriz...:03/08/2023
Carteira...: 2117578 Validade.: 30/12/2023 Titular...: GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO
: ALMIRANTE TAMANDARE
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		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF				
03/08/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO		Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF					
03/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 12543

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semte	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 03/08/2023	5 - Semte 12543	8 - Número da Carteira 2117578	10 - Nome GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
9 - Validade da Carteira 30/12/2023		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 9551
15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/08/2023	23 - Indicação Clínica VIROU O PE DIR / ESCADA / ESCOLA HU PELA MANHA NAO APOIA MI DIR	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
31 - Código CNES 3005585			
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/08/2023 17:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 03/08/2023 17:26 22 40804097 RX - PE OU PODOCTILIO	42 - Qlde. 001 001	43 - Via 001 001	44 - Téc. 1.0 1.0
45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 65.00 65.00 30.64 30.64			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	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\$) 95.64	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\$) 95.64			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

16365221

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Bolsoni Moreira de Castilho

Nº da Carteira: 2.11.7578

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 16/04/2014

Nº da Guia: 12543



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	11:23:00	Escada	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Pé Direito

Descrição
Aluno ao descer da casa da árvore pulou alguns degraus da escada, gerando impacto no chão. Aluno está com dor no pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jhennifer	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jhennifer	03/08/2023

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
Aluno foi atendido pela professora, e em seguida foi aplicado gelo no local. Mãe foi avisada para encaminhar aluno ao atendimento hospitalar.

Ass.:

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

pl
ed

Rosemeri Alves da Paixão

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12543

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 03/08/2023	5 - Senha 12543
6 - Data de Validade da Senha 12543	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12543
8 - Número da Carteira 2117578	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
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 PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/08/2023
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contrato Escriturário	
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 Acidente (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 1 03/08/2023 17:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00
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 - / / 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 OPME (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



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

2 - Nº Guia no Prestador 12543

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/08/2023		5 - Senha 12543	
6 - Data de Validade da Senha 30/12/2023		7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora 12543	
8 - Número da Carteira 2117578		9 - Validade da Carteira 30/12/2023	
10 - Nome GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data de Solicitação 03/08/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado / Beneficiário			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento 04		33 - Indicação de Atendimento (caso de 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 03/08/2023 17:00 17:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	
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 - / / 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 OPME (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	

Atendimento.....: 1340754
752667

Paciente.....: GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 03/08/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de desalinhamento ósseo.

Densidade óssea preservada.

09 de Agosto de 2023

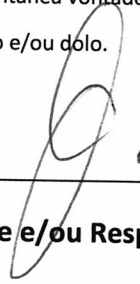
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA.BOEING
03/08/2023 17:03:42

Atendimento: 1340754 Data do Atendimento: 03/08/2023
Prontuário: 961688 Nome: GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 16/04/2014
RG: CPF: 11367928990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999175170

Rua: ALMIRANTE TAMANDARE Numero 78 CEP: 83414320
Bairro: CENTRO Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117578
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: TABATA TAMIRYS BOLSONI 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

Silvio

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1340754	Prontuário: 961688	SAME: 961688	Hora Atend: 17:00	Data Atend: 03/08/2023
Paciente..... : GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO			Idade: 9 a	
Endereço..... : ALMIRANTE TAMANDARÉ				
Bairro..... : CENTRO				
Cidade..... : COLOMBO			UF.: PR	CEP: 83414320
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 03/08/2023			Hora Saída : 18:32	
Prestador da Evolução Médica:	SILVIO NEUPERT MASCHKE			

HDA

VIROU O PE DIR / ESCADA / ESCOLA HJ PELA MANHÃ
NÃO APOIA MI DIR

EXAME FÍSICO

DOR + AUMENTO DE VOLUME MÉDIO PE
RX PE DIR

DIAGNÓSTICO

ENTORSE PE DIR

DIAGNÓSTICO - HISTÓRICO

ENTORSE PE DIR

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
BOTA ROBOFOOT 02 SEM
ALIVIAM 200

Dr. SILVIO M. MASCHKE
Ortopedia
CRM 9551

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1520880 DATA: 03/08/2023 17:26
USUÁRIO.....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO.: 1340754 DT NASC: 16/04/2014 (9A 3M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 961688 - GUSTAVO BOLSONE MOREIRA DE CASTILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/08/2023 17:00 0 DIAS(S) INT

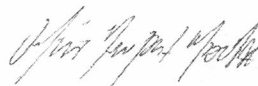
MÉDICO.....: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1340754*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1						

Obs.: AP + OBL



SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551