

Atendimento: 1400749 - HEITOR BONILHA Lote: 1730749 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HEITOR BONILHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.: Plano..... UNICO
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 15243 Validade.:26/02/2024
Senha.....: 15243 Autoriz.:26/02/2024
Carteira.: 2377360 Validade.: 01/02/2028 Titular.: HEITOR BONILHA
: MARIA LUIZA BRUEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCLAUDINEIA.MACHADO
15/02/2024 13:13:24

Atendimento: 1400749 Data do Atendimento: 15/02/2024
Prontuário: 1006406 Nome: HEITOR BONILHA
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 10/11/2015
RG: 160126256 CPF: 15454861901 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999057459

Rua: MARIA LUIZA BRUEL

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

Numero 68

CEP: 82950230

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377360

UF: PR

Médico: PLANTONISTA

Responsável:

CRM: 0000

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



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Bonilha

Nº da Carteirinha: 2.37.7360

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 10/11/2015

Nº da Guia: 15243



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2024	10:55:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
O aluno torceu o tornozelo brincando na piscina de bolinha do parquinho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rosineide	(41) 3051-8660

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
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol spray, informado ao responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 4954008

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2377360

9 - Validade da Carteira
01/02/2028

10 - Nome
HEITOR BONILHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

12 - Atendimento a RV
N

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.
Dr. Eder Heitor Bonilha
CRM: 45078

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 15/02/2024 13:09 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 65.00

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 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\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Médicos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CLAUDINEIA MACHADO

Data/Hora: 15/02/2024 13:13:39

Controle: 1730749

Atendimento: 1400749

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*172007404



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

2 - Nº Guia no Prestador 4953973

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semie

6 - Número da Carteira

2377360

9 - Validade da Carteira
01/02/2028

10 - Nome
HEITOR BONILHA

9 - Data de Validade da Semie

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

12 - Atendimento a RN

N

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

15/02/2024

23 - Indicação Clínica

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 15/02/2024 13:09 13:09 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00

65.00

Identificação (seja Profissional ou Encargado)

48 - Sd. 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 - / / 6 - / /

7 - / / 8 - / /

9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de O.P.M.E. (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Outros Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável para Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CLAUDINEIA MACHADO

Data/Hora: 15/02/2024 13:12:01

Contábil: 1730749

Atendimento: 1400749

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / DRIVER LICENSE / PERMISO DE CONDUCCIÓN

2º 1º NOME E SOBRENOME
ADEMIR DA SILVA BONILHA

1º HABILITAÇÃO
15/01/2002

3 DATA LOCAL E UF DE NASCIMENTO
03/05/1974 CRUZEIRO DO SUL/PR

4 DATA EMISSÃO
18/09/2023

4B VALIDADE
06/09/2032

ACC
D

6 DOG IDENTIDADE / CORE, EMALCOR / UF
25056857 SESP SP

4C CPF
143.261.348-01

5 Nº REGISTRO
02104374436

6 CAT. HAB
AD

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

7 ASSINATURA DO PORTADOR
SEBASTIÃO ROQUE BONILHA
APARECIDA DA SILVA BONILHA

VALIDADE NACIONAL
2678621220

8 FOTOGRAFIA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Bonilha

Nº da Carteira: 2.37.7360

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 10/11/2015

Nº da Guia: 15243



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2024	10:55:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé esquerdo

Descrição

O aluno torceu o tornozelo brincando na piscina de bolinha do parquinho.

Testemunha da ocorrência

Rosineide

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol spray, informado ao responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Nailson Veras do Nascimento

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1400749 Prontuário: 1006406 SAME: 1006406 Hora Atend: 13:09 Data Atend: 15/02/2024
Paciente..... : HEITOR BONILHA
Endereço..... : MARIA LUIZA BRUEL
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/02/2024
UF.: PR CEP: 82950230
Plano...: UNICO
Prestador da Evolução Médica: 1811 EDER HENRIQUE CORREA Hora Saída : 23:18

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO HA 1 DIA

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO COM APOIO EM MEMBRO COM CLAUDICAÇÃO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAOD E MALEOLO LATERAL, SEM DOR EM OUTROS LOCAIS A PALPAÇÃO,
SEMD OR EM FIBULA ALTA/PERNA E SEM DOR EM BASE DE 5 MTT
SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR AO EXAME, TESTE DE GAVETA NEGATIVO
NV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA EM REGIAO LATERAL DE TORNOZELO
SEM SINAIS DE LESAO DE TRICEPS SURAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DE PÉ E BASE DE 5 MTT
ADM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA, POREM DOLOROSO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL
PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

Dr. Eder Henrique Correa
MÉDICO
CRM-PR 15078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE