

Atendimento: 1347335 - HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES Lote: 1646837 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
Guia.....: 12992 Validade.:24/08/2023  
Senha.....: 12992 Autoriz.:24/08/2023  
Carteira.: 2118020 Validade.: 31/12/2024 Titular...: HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES  
: CANDIDO DE ABREU

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 |
| IONORARIOS 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 |
|------------|------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 24/08/2023 | 40804070 PERNA<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64    |
| Total :    |                                                            |             |      |             | 30,64    |

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                        | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 24/08/2023 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919 | UND<br>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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 12992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização  
24/08/2023

5 - Senha  
12992

6 - Data de Validade da Senha  
12992

8 - Número da Carteira  
2118020

9 - Validade da Carteira  
31/12/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
12992

Dados do Beneficiário

10 - Nome  
HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES

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  
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
45739

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
24/08/2023

23 - Indicação Clínica  
REFERE QUE PORTAO DA ESCOLA CAIU EM CIMA DA PERNA DIREITA NA ESCOLA HOJE.;

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contratado Encarregado

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 24/08/2023 11:09 11:09 22 10101039 CONSULTA EM FRONTO SOCORRO  
2 24/08/2023 11:17 11:17 22 40804070 RX - PERNA

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 65.00 65.00  
001 30.64 30.64

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 - 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 Medicinas (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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Helena Almeida da Silva Rodrigues

**Nº da Carteirinha:** 2.11.8020

**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 20/07/2017

**Nº da Guia:** 12992

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                       | Atividade |
|--------------------|----------|-----------------------------|-----------|
| 24/08/2023         | 10:07:00 | Playground (Ex.: parquinho) | Recreação |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo           |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Perna Direita, Pé Direito |

## Descrição

A aluna estava no parquinho e o portão desencarrilhou e atingiu a perna direita. Apresenta escoriações, vermelhidão e inchaço.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitora Albani          | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Orientadora Miriã               | 24/08/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

Aplicamos gelo no local e informamos a mãe para encaminhamento ao hospital.

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 Ass.:  
Fone: 3225-1920 / 3051-8640  
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão  
Secretária - Ato 06/2019

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
24/08/2023

5 - Senha  
12992

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
12992

8 - Nome do Beneficiário  
218020

9 - Validade da Carteira  
31/12/2024

10 - Nome  
HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES

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

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
21 - Cartão de Atendimento  
22 - Data da Solicitação  
24/08/2023  
23 - Indicação Clínica

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

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado  
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 24/08/2023 11:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO  
42 - Ql. de 43 - Via 44 - Rec. 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -  
1 - 2 - 3 - 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 OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)  
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\*1626827\*



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12992

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização  
24/08/2023

5 - Semia

12992

6 - Data de Validade da Semia

12992

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira  
2118020

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES

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

001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
24/08/2023

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  
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 24/08/2023 11:09 11:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

## Serviço de Radiologia

---

Atendimento.....: 1347335

.....: 756605

Paciente.....: HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 24/08/2023

---

### RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

#### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

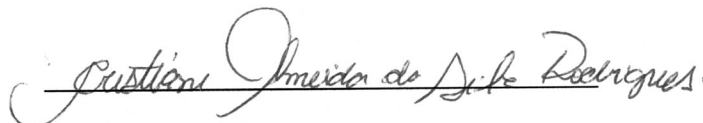
25 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA  
24/08/2023 11:10:45

Atendimento: 1347335 Data do Atendimento: 24/08/2023  
Prontuário: 1002338 Nome: HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES  
Sexo: FEMININO Idade: 6 Data de Nascimento: 20/07/2017  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: CANDIDO DE ABREU Numero 304 CEP: 80530000  
Bairro: CENTRO CIVICO Cidade: CURITIBA UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118020  
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000  
Responsável: CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES 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

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : HELENA DA SILVA RODRIGUES 6 ANOS

Início da Triagem: 11:01:20.

Fim da Triagem: 11:03:27.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA QUE O PORTÃO DESENCARRILHOU EM MID PERNA COM DOR HOJE NA ESCOLA

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:bpm    FR:rpm    Tax:°C    SatO2:%    ECG:    Dor:

Data: 24/08/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1347335    **Prontuário:** 1002338    **SAME:** 1002338    **Hora Atend:** 11:09    **Data Atend:** 24/08/2023  
**Paciente.....** : HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES    **Idade:** 6 a  
**Endereço.....** : CANDIDO DE ABREU  
**Bairro.....** : CENTRO CIVICO  
**Cidade.....** : CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 80530000  
**Convênio.....** : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....** : S899 - TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA PERNA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....** : RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída.....** : 24/08/2023    **Hora Saída :** 13:48

**Prestador da Evolução Médica:** 1918    **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

**HDA**

REFERE QUE PORTAO DA ESCOLA CAIU EM CIMA DA PERNA DIREITA NA ESCOLA HOJE.;

**EXAME FISICO**

PERNA DIREITA  
LEVE AUMENTO DE VOLUME EM REGIAO ANTERIOR  
DOR A PALPAÇÃO  
DEAMBULAÇÃO NORMAL  
NV +

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO DA PERNA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO DA PERNA

**TRATAMENTO**

SOL RADIOGRAFIAS  
ALIVIO  
GELO  
RETORNO SE SINAIS DE ALARME

Dr. Alex W. Chociai da Rocha  
MÉDICO  
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1528312 DATA: 24/08/2023 11:16  
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA  
ATENDIMENTO: 1347335 DT NASC: 20/07/2017 (6A 1M 5D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1002338 - HELENA ALMEIDA DA SILVA RODRIGUES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 24/08/2023 11:09 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S899 TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA PERNA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1347335\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

|                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|-------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 PERNA (DIREITA) | 1   |         |    |     |            |               |

  
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA  
CRM: 45739