

Atendimento: 1478997 - HELENA DE CASSIA CLAUDINO Lote: 1852821 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HELENA DE CASSIA CLAUDINO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.: 2336742 Validade.:10/10/2024
Senha.: 2336742 Autoriz.:10/10/2024
Carteira.: 2336742 Validade.: 10/10/2025 Titular.: HELENA DE CASSIA CLAUDINO
: RUA JOAO DALAGASSA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	37,75	0,00	0,00	0,00	0,00	37,75
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						117,75

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/10/2024	40802035 COLUNA DORSAL - 2 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	37,7511	37,75
Total :					37,75

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 117,75

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
10/10/2024 16:55:23

Atendimento: 1478997 Data do Atendimento: 10/10/2024
Prontuário: 1027485 Nome: HELENA DE CASSIA CLAUDINO
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 09/09/2016
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992526104
Rua: RUA JOAO DALAGASSA Numero 31 CEP: 83025220
Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2336742
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELOIZE MINATOWICZ PISKA CLAUDINO 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena de Cássia Claudino

Nº da Carteira: 2.33.6742

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 09/09/2016

Nº da Guia: 22030



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2024	16:01:00	Playground (Ex.: parquinho)	Cama Elástica

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Costas

Descrição

A aluna estava no brinquedo inflável quando ao pular sentiu uma fisgada em sua coluna, a aluna relatou que estava com dor.

Testemunha da ocorrência

Professora Carla

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

10/10/2024

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

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo. A mãe foi avisada do ocorrido

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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> na (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 2336742

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 10/10/2024	5 - Senha 2336742	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2336742								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2336742	9 - Validade da Carteira 10/10/2025	10 - Nome HELENA DE CASSIA CLAUDINO	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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/10/2024	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	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
1 10/10/2024	16:53	16:53	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	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 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /							
2 - / /	4 - / /	6 - / /	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		68 - Assinatura do Contratado							



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

2 - Nº Guia no Prestador 2336742

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/10/2024		5 - Senha 2336742	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2336742	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2336742		9 - Validade da Carteira 10/10/2025	
10 - Nome HELENA DE CASSIA CLAUDINO		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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/10/2024	
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 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			
1 10/10/2024 16:53 16:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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	
68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 1676671 DATA: 10/10/2024 17:03
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1478997 DT NASC: 09/09/2016 (8A 1M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1027485 - HELENA DE CASSIA CLAUDINO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/10/2024 16:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S300 CONTUSÃO DO DORSO E DA PELVE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1478997

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COLUNA DORSAL A.P. E LATERAL	40802035	1				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45789

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45789

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1478997 **Prontuário:** 1027485 **SAME:** 1027485 **Hora Atend:** 16:53 **Data Atend:** 10/10/2024
Paciente..... : HELENA DE CASSIA CLAUDINO **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA JOAO DALAGASSA
Bairro..... : SANTO ANTONIO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83025220
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/10/2024 **Hora Saída :** 18:49
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

QUEDA DE OUTRO NIVEL (1M) DE BRINQUEDO INFLAVEL COM TRAUMA DE DORSO
NEGA TCE OU OUTRAS UQEIXAS

EXAME FISICO

AO EXAME
DEAMBULANDO, BEG
SEM DOR
SEM DOR PALPAÇÃO
PELE INTEGRAL
SEM DEFICITS NEUROLÓGICOS

RX SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DORSO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DORSO

TRATAMENTO

ANALGESIA, GELO, REPOUSO
ORIENTO MAE QUANTO A SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSARIO

Dr. Alex William Chociai da Rocha
10/10/2024

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1478997

Pedido.....: 836018

Paciente.....: HELENA DE CASSIA CLAUDINO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 10/10/2024

RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Corpos vertebrais com altura mantida.

A densidade dos ossos visualizados tem aspecto radiográfico normal.

Eixo vertebral sem desvios.

Espaços discais preservados.

Alinhamento posterior conservado.

18 de Outubro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639