

Atendimento: 1234631 - IGOR LANG BASILO Lote: 1470250 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: IGOR LANG BASILO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 1234631 Validade.:
Senha.....: Autoriz...:
Carteira...: 2335324 Validade.: 30/12/2023 Titular....: IGOR LANG BASILO
: JOSE IVAHI CAMARGO

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

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 4158381

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira
2335324

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
IGOR LANG BASILO

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
RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38421

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
09/08/2022

23 - Indicação Clínica
TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIR

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)

34 - Tipo de Consulta
2

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 09/08/2022 11:46 11:46 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 09/08/2022 11:52 11:52 22 40803120 RX - MÃO DO QUINTODACTILO

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

Identificação do(a) Profissional Executante(a)

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 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Igor Lang Basilio

Nº da Carteirinha: 2.33.5324

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 03/03/2009

Nº da Guia: 7163



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2022	10:23:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava em educação física quando a bola bateu no seu dedo vindo a machucar o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	09/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Na sala de apoio foi feito compressa de gelo e o pai avisado

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/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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 1234631

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº: Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2335324

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

IGOR LANG BASILO

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

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38421

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

Marcelo Astinelli
MÉDICO
TOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
1. PR. 36337 - RQE 24.482
5.7.01.0002

28 - Ql. Autoriz

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidentes (Acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Prof.

49 - Gr. Pat

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ALESSANDRA NICOLAU

Data/Hora: 09/08/2022 11:51:11

Contal.ote

Atendimento: 1234631

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2 - Nº Guia no Prestador 1234631

1 - Registro AIS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha

6 - Data Validade da Semha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
	2335324		IGOI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Alteração a R
	N

13 - Código da Operadora	76530518000107
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	06

17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBC
38421	41	225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	09/08/2022	

100

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1 22	10101039	Consulta em pronto socorro

V-PR 38.304 - ROE 29487 0

Dados do Contratado Executante

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	
33 - Indicação de Acrente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta	

- Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos » Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
				41 - Descrição

42 - Cide 43 - Via 44 - Tec

45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Norme do Profissional
--	----------------	---------------	------------------------------	----------------------------

52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
----------------------------	-------------------------

54 - UF 64 - Código CBC

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

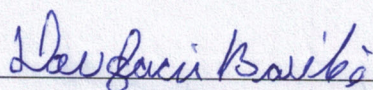
5 - | | | | |
6 - | | | | |
7 - | | | | |
8 - | | | | |
9 - | | | | |
10 - | | | | |

59 - Total Procedimentos (R\$)60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)61 - Total Taxas de Materiais (R\$)62 - Total de OPME (R\$)63 - Total de Medicamentos (R\$)64 - Total Gases Medicinalis (R\$)65 - Total Geral (R\$)66 - Assinatura do Responsável pela AutorizaçãoAssinatura do Beneficiário ou Responsável: _____68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALESSANDRA.NICOLAU
09/08/2022 11:50:07

Atendimento: 1234631 Data do Atendimento: 09/08/2022
Prontuário: 982601 Nome: IGOR LANG BASILO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 03/03/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995313622
Rua: JOSE IVAHI CAMARGO Numero 205 CEP: 83020230
Bairro: BRAGA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335324
Médico: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR CRM: 38421
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.



Paciente e/ou Responsável

ETIQUETA DO PACIENTE

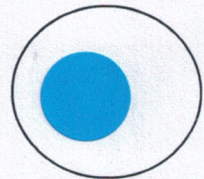
IGOR LANS

Início da Triagem:

11 : 39 h

Final da Triagem:

11 : 40 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO Lesão contusão em mão D 1ª DÚVIDAS REVAS.

12 QUIROMANUAL D

→ DOR em ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA

→ MOBILIDADE PREJUDICADA

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: _____

MUCs: 1

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmHg FC 78 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 97 %

GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: _____ E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

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

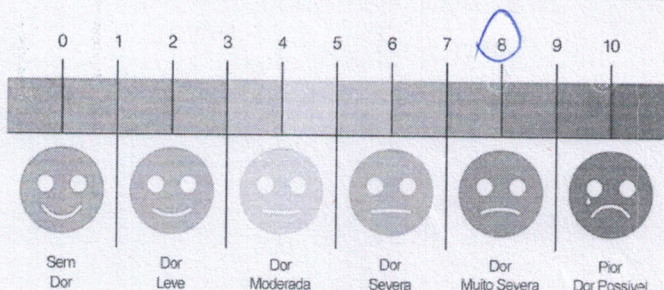
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

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

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____



Matheus Dallagrana Paraizo

Enfermeiro
Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1399467 DATA: 09/08/2022 11:52
USUÁRIO.....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1234631 DT NASC: 03/03/2009 (13A 5M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 982601 - IGOR LANG BASILO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/08/2022 11:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR SERVIÇO: SALA 1 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: POELGAR AP+P						

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1234631 **Prontuário:** 982601 **SAME:** 982601 **Hora Atend:** 11:46 **Data Atend:** 09/08/2022
Paciente..... : IGOR LANG BASILO **Idade:** 13 a
Endereço..... : JOSE IVAHI CAMARGO
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83020230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 09/08/2022 **Hora Saída :** 12:14
Prestador da Evolução Médica: 1165 **RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR**

HDA

TRAUMA DIRETO EM POLEGAR DIR

EXAME FISICO

DOR EM ART MF DO POLEGAR
EDEMA 1+/4+. AUSENCIA EQUIMOSE
ADM PRESERVADA E DOLOROSA
RX SEM SINAIS DE FRATURAS

DIAGNOSTICO

CONTUSAO POLEGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO POLEGAR

TRATAMENTO

ANALGESIA
GELO
ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA.
RECOMENDO RETORNO IMEDIATO AO PS SE PIORA, PERSISTÊNCIA, MUDANÇA DE PADRÃO OU SINAIS DE ALERTA

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr.
Médico
CRM 38421

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA