

Atendimento: 1481427 - ISABELE LIMA ROYER Lote: 1856554 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELE LIMA ROYER
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia..... 366347 Validade.:18/10/2024
Senha..... 366347 Autoriz.:18/10/2024
Carteira.: 366347 Validade.: 18/10/2025 Titular.... ISABELE LIMA ROYER
: RUA FERNANDO CRETELLA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/10/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **366347**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 18/10/2024		5 - Senha 366347		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 366347							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 366347		9 - Validade da Carteira 18/10/2025		10 - Nome ISABELE LIMA ROYER		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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/10/2024		23 - Indicação Clínica - Contusao dedo da mao direita hoje no handebol									
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 18/10/2024 13:52 13:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 18/10/2024 14:00 14:00 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58													
3 18/10/2024 14:00 14:00 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58													
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\$) 151.16		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\$) 151.16	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
18/10/2024 13:54:21

Atendimento: 1481427 Data do Atendimento: 18/10/2024
Folha: 1027943 Nome: ISABELE LIMA ROYER
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 25/06/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988156027

Rua: RUA FERNANDO CRETELLA Numero 216 CEP: 82600460
Bairro: BACACHERI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 366347
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FLORISE BELEZI LIMA 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 crédito.
- 6- Os pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 7- Se o(a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 8- O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de 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**.
- 9- 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)**.
- 10- Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 11- 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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ISABELLE LIMA ROYER. 13 ANOS

Início da Triagem:13:48:38.

Fim da Triagem:13:49:47.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO DIREITA, REFERE ALGIA E EDEMA NO 1º DEDO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:BROMOPRIDA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:78bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:97% ECG: Dor:

Data: 18/10/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelle Lima Royer
Nº da Carteirinha: 3.6.6347
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 25/06/2011

Nº da Guia: 22230

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2024	12:12:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, Cotovelo Direito, 1º Dedo Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava na aula de educação física jogando handebol, a mesma foi a jogar a bola para fazer gol, e a colega da sala estava na frente da barreira quando foi a defender a bola bateu na mão da aluna. A aluna reclama de um pouco de dor no dedo da mão direita, a mesma foi atendida na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros.

Testemunha da ocorrência

Ricardo (professor)

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Ruth Cervera -monitora

Data

18/10/2024

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

Observações

A aluna foi atendida na sala de apoio foi colocado gelo no local para aliviar a dor e sinais de inchaço, a aluna reclama de um pouco de dor na região afetada e apresenta um pouco de inchaço. Os foram avisados e orientados a levar a aluna ao médico.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:
<https://sistemas.usb.org.br/uma> (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 **366347**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/10/2024		5 - Senha 366347	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 366347	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 366347		9 - Validade da Carteira 18/10/2025	
10 - Nome ISABELE LIMA ROYER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 18/10/2024	
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 18/10/2024		37 - Hr. Inicial 13:52	
38 - Hr. Final 13:52		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 80.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part.	
50 - Cod na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		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	

1856554



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

2 - Nº Guia no Prestador **366347**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/10/2024		5 - Senha 366347	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 366347	
8 - Número da Carteira 366347		9 - Validade da Carteira 18/10/2025	
10 - Nome ISABELE LIMA ROYER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 18/10/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 2			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
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 18/10/2024 13:52 13:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
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			

1856554

PRESCRIÇÃO.: 1679052 DATA: 18/10/2024 14:00
USUÁRIO....: ALEXANDRE.ZANETTI
ATENDIMENTO: 1481427 DT NASC: 25/06/2011 (13A 3M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1027943 - ISABELE LIMA ROYER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/10/2024 13:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1481427

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 Obs.: 1º dedo = AP - P + OBLQUA	1					
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 1º dedo = AP - P + OBLQUA	1					

Alexandre E. Zanetti
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 20957
RQE 14.620
FECD 48-9835307

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI
CRM: 20957

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1481427 **Prontuário:** 1027943 **SAME:** 1027943 **Hora Atend:** 13:52 **Data Atend:** 18/10/2024
Paciente..... : ISABELE LIMA ROYER **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA FERNANDO CRETILLA
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82600460
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/10/2024 **Hora Saída :** 14:42

Prestador da Evolução Médica: 1765 **ALEXANDRE EMRICH ZANETTI**

HDA

- Contusão dedo da mão direita hoje no handebol

EXAME FISICO

- Dor topografia 1º IF e FD

DIAGNOSTICO

- CONTUSÃO DEDO MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

- CONTUSÃO DEDO MÃO

TRATAMENTO

1. Consulta
2. RX + comparativo contralateral
3. Orientações gerais
4. Medicação VO
5. Acompanhamento ambulatorial
6. Retorno ao PS s/n

Alexandre E. Zanetti
Médico - ORTOPEDISTA
CRM: 22.057 - 2º DE 13.530
TEC: 12.153.4107

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1481427
Pedido.....: 837487
Paciente.....: ISABELE LIMA ROYER
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI
Data do Exame.: 18/10/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

27 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1481427

Pedido.....: 837487

Paciente.....: ISABELE LIMA ROYER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

Data do Exame.: 18/10/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

27 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149