

Atendimento: 1478156 - ISABELE XAVIER Lote: 1851527 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELE XAVIER
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 2377296 Validade.:08/10/2024
Senha.....: 2377296 Autoriz.:08/10/2024
Carteira.: 2377296 Validade.: 08/10/2025 Titular.: ISABELE XAVIER
: RUA MIGUEL CALUF DE 1116 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/10/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	
Total Geral:						115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **2377296**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																	
4 - Data de Autorização 08/10/2024		5 - Senha 2377296																	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2377296																	
Dados do Beneficiário																			
8 - Número da Carteira 2377296		9 - Validade da Carteira 08/10/2025																	
10 - Nome ISABELE XAVIER		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 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON		16 - Conselho Profissional 06																	
17 - Número no Conselho 35267		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 08/10/2024																	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Hiperextensao de 5º qdd ao virar cambalhota. Nega outros traumas. Nega alergias.																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial																	
26 - Descrição		27 - Qt Solic.																	
		28 - Qt. Autonz.																	
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 08/10/2024	14:54	14:54	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80,00	80,00								
2 08/10/2024	15:11	15:11	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			
Dados de Realização de Procedimentos em Série																			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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\$)	
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /		11 - / /		13 - / /		15 - / /		17 - / /		19 - / /	
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /		12 - / /		14 - / /		16 - / /		18 - / /		20 - / /	
115.58		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado											

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
08/10/2024 14:55:43

Atendimento: 1478156 Data do Atendimento: 08/10/2024
Prontuário: 1027352 Nome: ISABELE XAVIER
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 31/03/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984900346

Rua: RUA MIGUEL CALUF DE 1116 A 99999 Numero 20251 CEP: 82940110
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377296
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FRANCINELIA SANTOS FERREIRA XAVIER 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

Fórmula: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : ISABELE XAVIER. 9 ANOS

Início da Triagem:14:29:45.
Fim da Triagem:14:30:53.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NO 5° DEDO DA MÃO DIREITA, REFERE ALGIA E EDEMA. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:101bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:96% ECG:
Dor:

Data: 08/10/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabele Xavier
Nº da Carteira: 2.37.7296
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 31/03/2015 **Nº da Guia:** 21892

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	12:02:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava fazendo pirueta, segundo ela, acabou caindo e torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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.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 **2377296**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 08/10/2024	5 - Senha 2377296	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2377296

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2377296	9 - Validade da Carteira 08/10/2025	10 - Nome ISABELE XAVIER	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 08/10/2024	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 08/10/2024	14:54	14:54	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 2377296

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 08/10/2024	5 - Senha 2377296	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2377296

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2377296	9 - Validade da Carteira 08/10/2025	10 - Nome ISABELE XAVIER	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 08/10/2024	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 08/10/2024	14:54	14:54	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
---	--	-------------------------------

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1478156 Prontuário: 1027352 SAME: 1027352 Hora Atend: 14:54 Data Atend:08/10/2024
Paciente..... : ISABELE XAVIER Idade: 9 a
Endereço..... : RUA MIGUEL CALUF DE 1116 A 99999
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 82940110
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..... : 08/10/2024 Hora Saída : 18:44

Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Hiperextensão de 5º qdd ao virar cambalhota. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

5º QDD
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

Fratura de 5º qdd

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura de 5º qdd

TRATAMENTO

Tala metálica - 30722420 , analgesia, repouso de atividade física. Acompanhamento com ortopediatra em 2 semanas.
ORIENTO CUIDADOS.
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALARME.
ORIENTO PACIENTE SOBRE O QUADRO.
ORIENTO SOBRE LESÃO
ORIENTO RETORNO DE IMEDIATO SE PA.
ORIENTO SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA.
RETORNO DE IMEDIATO SE NECESSARIO.
RETIRO DÚVIDAS
ESCLAREÇO SOBRE O QUADRO.
ORIENTO PACIENTE SOBRE RETORNO IMEDIATO EM PA SE QUALQUER SINAIS DE ALARME, ASSIM COMO SINTOMAS.
PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES, CONCORDANTE COM CONDUTAS.

D.L. Ferraz Marcon
C.R.C. 10.2207

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1478 96

.....: 835540

Paciente.....: ISABELE XAVIER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 08/10/2024

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

05 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642