Atendimento: 1216526 - ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA Lote: 1442197 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz..:
Carteira..: 2781381 Validade.: 12/12/2022 Titular...: ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
: JOSE DA SILVA FONTOURA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
					Total da Conta:	**126,28**

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
07/06/2022	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
07/06/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930			Total :	61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
07/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	CLINICO			Total :	65,00

Total Geral: 126,28

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

2 - Nº Guia no Prestador 4053577

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal		
000000			
4 - Data de Autorização	**5 - Senha**	**6 - Data de Validade da Senha**	**7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora**

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2781381	12/12/2022	ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO	06	41500	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	07/06/2022	ONTEM SOFREU QUEDA DE MESMO NIVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERO E MNAO ESQUERDA

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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	07/06/2022	17:57	17:57	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	07/06/2022	18:09	18:09	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	30.64	30.64
3	07/06/2022	18:09	18:09	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	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 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 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$)
126.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Atendimento....: 1216526
Prontuário: 679323
Paciente.....: ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
Data do Exame.: 07/06/2022

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.

11 de Julho de 2022

Dr(a). RODRIGO CORREIA MENEZES
CRM 24042

Atendimento....: 1216526
Pedido.....: 679323
Paciente.....: ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
Data do Exame.: 07/06/2022

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Julho de 2022

Rodrigo Correia Menezes

Dr(a). RODRIGO CORREIA MENEZES
CRM 24042

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

JOICE.OLIVEIRA
07/06/2022 18:00:59

Atendimento: 1216526 Data do Atendimento: 07/06/2022
Prontuário: 979474 Nome: ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 7 Data de Nascimento: 09/02/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998304009
Rua: JOSE DA SILVA FONTOURA Numero 294 CEP: 83413040
Bairro: VILA ANA MARIA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781381
Médico: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO CRM: 41500
Responsável: FLAVIO LEANDRO FAGUNDES Parentesco: PAI

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.

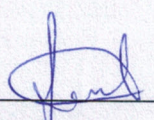
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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: Isadora do Amaral Fagundes da Silva
Nº da Carteirinha: 2.78.1381
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 09/02/2015 | **Nº da Guia:** 6507

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2022	14:40:00	Jardim	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)	Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava correndo e a colega tocou forte nas costas e a aluna caiu por cima da mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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

Observações
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar com gelo e encaminhada para um hospital de referencia com o responsável.

Ass.: Nailson Veras Coord. Disciplinar

Joel Alves Marins Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

HOSPITAL XV DE CURITIBA
Formulário : Triagem e Classificação de Risco
Setor : Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Prontuário: **979474** Atendimento: **1216526**
ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SI
Mãe: **ELAINE APARECIDA DO AMARAL DA SILV**
Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nascimento: **09/02/2015**

ETIQUETA DO PACIENTE

Início da Triagem: 17 : 44 h
Final da Triagem: 17 : 47 h

MOTIVO DO ATENDIMENTO Caiu e machucou a mao ESQ.

COMORBIDADES :

HAS [ ] CARDIOPATIA [ ] DISLIPIDEMIAS [ ] LIMITAÇÃO FISICA [ ]
DM [ ] PNEUMONIA [ ] NEOPLASIAS [ ] DÇS PSIQUIATRICAS [ ]
DÇ NEUROLÓGICA [ ] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO [X] SIM [ ] QUAIS: _____

MUCs: NAO

SINAIS VITAIS:

PA : 134 X 56 **mmhg FC** 104 **bpm FR** 16 **rpm Tax:** 36,2 **°C SatO2** 100 **%**

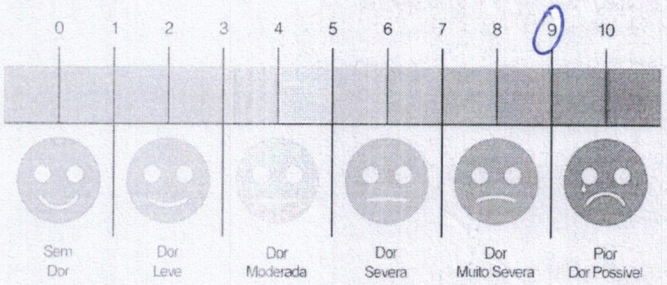
GLICEMIA: _____mg/dl ESCALA DE DOR: 9 E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

RISCOS

QUEDA: NÃO [ ] SIM [X] JUSTIFICATIVA: caiu ontem
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ULTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ULTIMOS 30 DIAS CLINICO/CIRURGICO:
NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: _____
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANENCIA MAIOR QUE 24H NOS ULTIMOS 30 DIAS ?
NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRONICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO [X] SIM [ ] LOCAL: _____



Rosenilda Schorner
Enfermeira Intensivista
COREN-PR 277070

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216526 **Prontuário:** 979474 **SAME:** 979474 **Hora Atend:** 17:57 **Data Atend:**07/06/2022
Paciente..... : ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA **Idade:** 7 a
Endereço..... : JOSE DA SILVA FONTOURA
Bairro..... : VILA ANA MARIA
Cidade..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83413040
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/06/2022 **Hora Saída :** 18:43

Prestador da Evolução Médica: 1573 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

HDA
ONTEM SOFREU QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERO E MNÃO ESQUERDA

EXAME FISICO
PUNHO ESQUERDO: SEM DEFORMIDADES, SEM LESÕES CUTÂNEAS, ADM AMPLA E INDOLOR
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DA MÃE ESQUERDA

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

TRATAMENTO
SOLICITO RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE E SEU PAI QUANTO AO QUADRO
PRESCREVO ANALGESIA PARA CASA
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO
ORIENTADOS SINAIS DE ALARME E PROCURA IMEDIATA AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216526 **Prontuário:** 979474 **SAME:** 979474 **Hora Atend:** 17:57 **Data Atend:**07/06/2022
Paciente..... : ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA **Idade:** 7 a
Endereço..... : JOSE DA SILVA FONTOURA
Bairro..... : VILA ANA MARIA
Cidade..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83413040
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/06/2022 **Hora Saída :** 18:43

Prestador da Evolução Médica: 1573 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

HDA
ONTEM SOFREU QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERO E MNÃO ESQUERDA

EXAME FISICO
PUNHO ESQUERDO: SEM DEFORMIDADES, SEM LESÕES CUTÂNEAS, ADM AMPLA E INDOLOR
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DA MÃE ESQUERDA

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

TRATAMENTO
SOLICITO RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE E SEU PAI QUANTO AO QUADRO
PRESCREVO ANALGESIA PARA CASA
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO
ORIENTADOS SINAIS DE ALARME E PROCURA IMEDIATA AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1379562 DATA: 07/06/2022 18:08
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1216526 DT NASC: 09/02/2015 (7A 3M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 979474 - ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/06/2022 17:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO SERVIÇO: SALA 4 ORTOPEDIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1216526

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					
2	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1216526 **Prontuário:** 979474 **SAME:** 979474 **Hora Atend:** 17:57 **Data Atend:**07/06/2022
Paciente..... : ISADORA DO AMARAL FAGUNDES DA SILVA **Idade:** 7 a
Endereço..... : JOSE DA SILVA FONTOURA
Bairro..... : VILA ANA MARIA
Cidade..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83413040
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/06/2022 **Hora Saída** : 18:43

Prestador da Evolução Médica: 1573 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

HDA
ONTEM SOFREU QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERO E MNÃO ESQUERDA

EXAME FISICO
PUNHO ESQUERDO: SEM DEFORMIDADES, SEM LESÕES CUTÂNEAS, ADM AMPLA E INDOLOR
DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DA MÃE ESQUERDA

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO

TRATAMENTO
SOLICITO RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE E SEU PAI QUANTO AO QUADRO
PRESCREVO ANALGESIA PARA CASA
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO
ORIENTADOS SINAIS DE ALARME E PROCURA IMEDIATA AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS

Pedro A. S. Machado
Médico / CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA