

Atendimento: 1417843 - IZAC SANTHIAGO DA SILVA Lote: 1757699 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: IZAC SANTHIAGO DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia..... Validade.:
Senha..... Autoriz.:
Carteira.: 2116079 Validade.: 31/12/2024 Titular.: IZAC SANTHIAGO DA SILVA
: UIRAPURU

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
05/04/2024	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
05/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 95,64



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADI

2 - Nº Guia no Prestador 1417843

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
17/04/2024

5 - Sentença
1417843

6 - Data de Validade da Sentença
1417843

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1417843

8 - Número da Carteira
2116079

9 - Variedade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
IZAC SANTIAGO DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Atendimento a RM
N

13 - Código de Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LEONARDO DALEFFE FREITAS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
56006

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
17/04/2024

23 - Indicação Clínica
HA CERCA DE 2 HORAS TRAUMA EM 2º QDD JOGANDO BASQUETE NA ESCOLA. NEGA OUTROS TRAUMAS. NEGA ALEI

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Q1 Solic.
28 - Q1 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 (ocidente 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 - Qide
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator R/Acr
46 - Valor Unitário
47 - Valor Total

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 CPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Médicinas (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

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

1757600

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Izac Santhiago da Silva

Nº da Carteira: 2.11.6079

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 12/12/2009

Nº da Guia: 16591

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/04/2024	12:15:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando basquete e bateu o dedo na mão de outro colega.

Testemunha da ocorrência

Prof. Philippe

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Philippe

Data

05/04/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

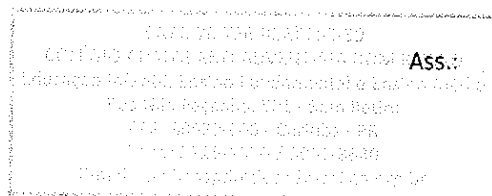
Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Aplicamos gelo no local e informamos a família para encaminhamento ao hospital.



Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Izac Santhiago da Silva

Nº da Carteirinha: 2.11.6079

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 12/12/2009

Nº da Guia: 16591

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade	
05/04/2024	12:15:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula	
O que aconteceu		Partes do corpo		
Trauma (Ex: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)		Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita		
Descrição				
O aluno estava jogando basquete e bateu o dedo na mão de outro colega.				
Testemunha da ocorrência			Telefone	
Prof. Philippe			(41) 3225-1920	
Quem prestou primeiros socorros			Data	
Prof. Philippe			05/04/2024	
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				
Aplicamos gelo no local e informamos a família para encaminhamento ao hospital.				

CLÍNICA ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE SAÚDE
C.O. CURITIBA ADVENTISTA BOM RETIRO
Rua XV de Novembro, 222 - Alto da Xv
Curitiba - PR
CEP: 81211-111 / RQE1-0640
Fone: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

5/04/2024 12:33



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

2 - Nº Guia no Prestador 5046980

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

9 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Anexado pela Operadora

6 - Número da Carteira
2116079

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
IZAC SANTIAGO DA SILVA

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

21 - Cui Abter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic
28 - Ql Atend

Dados do Contrato Encerrante

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 Atendimento (caso de doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 05/04/2024 13:25 13:25 23 1030109 CONDUZA EM PROTOCOLO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Ace 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
662 1.2 65.00 65.00

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

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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 Outros Medicamentos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura de 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 5046978

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Sentença	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	--------------	----------------------------------	---

8 - Dados do Beneficiário 9 - Número da Carteira 2116079	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome IZAC SANTHIAGO DA SILVA	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Leonardo Dalete Freitas Médico CRM-PR 56006
--	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	--

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Realizados 21 - Código do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/04/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	27 - Q1-Soc. 28 - Q1-Autoriz.
--	--	------------------------	--	-------------------------------

Dados de Contratação, Estabelecimento 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 dano ao patrimônio)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
---	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 05/04/2024 13:25 13:25 22 50101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Q1de. 43 - Via 44 - Tbc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 0,01 1,0 65,00 65,00
---	---

Identificação dos Profissionais Responsáveis 48 - Sd. 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
---	---

56 - Data de Realização de Procedimentos em Stone 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 da OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Casos Mediciniais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	---	--	-------------------------------

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1417843
Próximo.....: 798665
Paciente.....: IZAC SANTIAGO DA SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 05/04/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

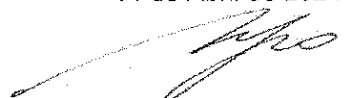
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

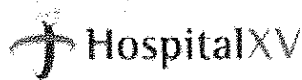
Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

14 de Abril de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149



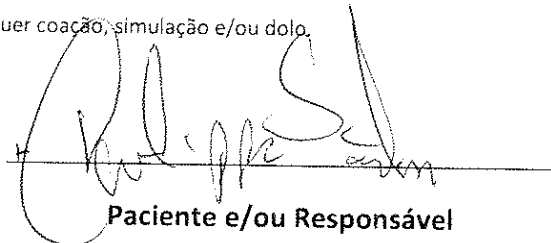
Rx mão ①
FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA.NASCIMENTO
05/04/2024 13:28:24

Atendimento: 1417843 Data do Atendimento: 05/04/2024
Prontuário: 984935 Nome: IZAC SANTHIAGO DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/12/2009
RG: 149161260 CPF: 12751326935 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996736217
Rua: UIRAPURU Numero 191 CEP: 83609110
Bairro: VILA GILCY Cidade: CAMPO LARGO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116079
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FELIPE SANTHIAGO DA SILVA 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