

Atendimento: 1402377 - JEAN AMMA Lote: 1733354 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JEAN AMMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.: Plano..... UNICO
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia..... 15336 Validade.: 20/02/2024
Senha..... 15336 Autoriz.: 20/02/2024
Carteira.: 2791889 Validade.: 01/02/2028 Titular.: JEAN AMMA
: DEPUTADO ARNALDO FAIVRO BUSATO

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
20/02/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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
20/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 15336

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 20/02/2024	5 - Senha 15336	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora 15336
8 - Número da Carteira 2791889		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	10 - Nome JEAN AMMA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RV N	
Dados do Solicitante			
13 - Código do Operador 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante EDER HENRIQUE CORREA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45078	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/02/2024	23 - Indicação Clínica Trauma em pe esquerdo	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - QI Solic.	28 - QI 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 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1	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 20/02/2024 14:41 14:41 22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
2 20/02/2024 15:03 15:03 22 40804097	RX - PE OU PODODACTILO		
42 - Qrde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unilatório 47 - Valor Total			
001 1.0 65.00 65.00			
001 1.0 30.64 30.64			

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Rg. 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / / 3 - / /	5 - / /
2 - / / 4 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /

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: Jean Amma

Nº da Carteira: 2.79.1889

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 25/04/2008

Nº da Guia: 15336

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2024	11:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

2º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

O Jean estava na aula de Ed. Física jogando basquete, quando foi fazer uma bandeja e acabou batendo o pé na trave do gol. Consequentemente ele sente muita dor no segundo dedo do pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Maurício

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Rogério

Data

20/02/2024

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

Eu atendi o Jean, e coloquei gelo no local machucado. Liguei para a mãe avisando e fiz o encaminhamento para o Hospital XV.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rogério Pereira De Santana

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 15336

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/02/2024

5 - Semha

15336

6 - Data de Validade da Semha

15336

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2791889

9 - Validade da Carteira
01/02/2028

10 - Nome
JEAN AMMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic
28 - Ql Autoriz

Dados do Contrato Essencial

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 20/02/2024 14:41 14:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Essencial(a)

48 - Sd. 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 - / /

10 - / /

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 Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

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 15336

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/02/2024

5 - Sessão

15336

6 - Data de Validade da Sessão

15336

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2791889

9 - Validade da Carteira
01/02/2028

10 - Nome
JEAN AMMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operação
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 Sociedade / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz

Dados do Contratado Esclarecido

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Exercício / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 20/02/2024 14:41 14:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(s) Exerciente(s)

48 - Sig. Prof. 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

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1402377

.....: 789423

Paciente.....: JEAN AMMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 20/02/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

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.

28 de Fevereiro de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
20/02/2024 14:49:37

Atendimento: 1402377 Data do Atendimento: 20/02/2024
Prontuário: 914139 Nome: JEAN AMMA
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 25/04/2008
RG: CPF: 11421299933 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: DEPUTADO ARNALDO FAIVRO BUSATO Numero 644 CEP: 83045000
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791889
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VANESSA NUNES CORDEIRO 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.

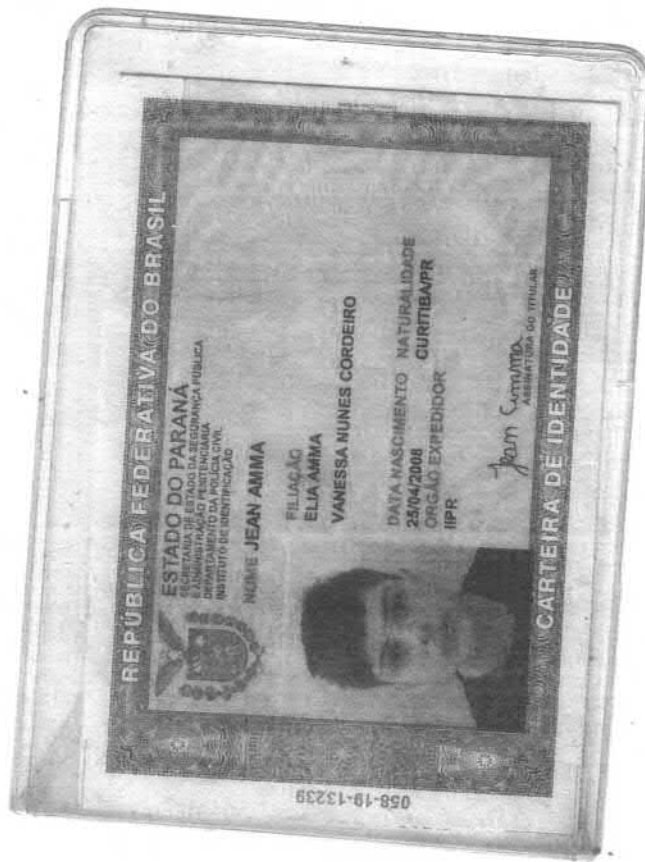
8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.

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



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1402377 Prontuário: 914139 SAME: 914139 Hora Atend: 14:41 Data Atend:20/02/2024
Paciente..... : JEAN AMMA Idade: 15 a
Endereço..... : DEPUTADO ARNALDO FAIVRO BUSATO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83045000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S908 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/02/2024 Hora Saída : 18:09
Prestador da Evolução Médica: 1811 EDER HENRIQUE CORREA

HDA

trauma em pé esquerdo

EXAME FISICO

AUMENTO DE VOLUME E EQUIMOSE EM FALANGE DISTAL, SEM DESVIOS DE EIXO, SEM DEFORMIDADES,
SEM ENCURTAMENTOS
PELE INTEGRAL
ADM RESTRITA POR DOR
TENDÕES INTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE 2 PDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE 2 PDE

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL
PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.



EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1593748 DATA: 20/02/2024 15:02
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1402377 DT NASC: 25/04/2008 (15A 9M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 914139 - JEAN AMMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/02/2024 14:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1402377

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078