

Atendimento: 1518628 - JEAN AMMA Lote: 1914019 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JEAN AMMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 24502 Validade.:21/02/2025
Senha.....: 24502 Autoriz.:21/02/2025
Carteira.: 2791889 Validade.: 01/02/2028 Titular....: JEAN AMMA
 : DEPUTADO ARNALDO FAIVRO BUSATO

Plano.....: UNICO

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
21/02/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

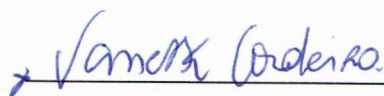
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						115,58

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
21/02/2025 15:59:56

Atendimento: 1518628 Data do Atendimento: 21/02/2025
Prontuário: 914139 Nome: JEAN AMMA
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 25/04/2008
RG: 157488104 CPF: 11421299933 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997125732
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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : JEAN AMMA, 16 ANOS

Início da Triagem: 15:51:09.
Fim da Triagem: 15:57:49.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPCATO EM 5º QDE HOJE PELA MANHÃ COM BOLA DE BASQUETE.
REFERE DOR NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:85bpm FR:rpm Tax:36,5°C SatO2:95% ECG:
Dor:

Data: 21/02/2025.

GERSON HANNIG

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: 24502

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	09:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava em aula de educação física, pulou para pegar a bola e bateu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Não Teve Testemunhas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joana	21/02/2025

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

O aluno foi atendido corretamente, no momento o aluno não está sentindo dor, encaminhamos o aluno para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe e a mesma já está ciente do ocorrido.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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

1000
1000
1000



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

2 - Nº Guia no Prestador **24502**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 21/02/2025		5 - Senha 24502	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24502	
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 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 21/02/2025	
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 21/02/2025 15:56 15:56 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 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	
		<i>Amorim Loureiro</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1518628 DT NASC: 25/04/2008 (16A 9M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 914139 - JEAN AMMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/02/2025 15:56 0 DIAS(S) INT

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1518628

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: AP + P + OBLIQ 5QD	1					

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

Dr. Viktor Cleto
Médico
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1518628 **Prontuário:** 914139 **SAME:** 914139 **Hora Atend:** 15:56 **Data Atend:** 21/02/2025
Paciente..... : JEAN AMMA **Idade:** 16 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..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 21/02/2025 **Hora Saída :** 18:40
Prestador da Evolução Médica: 1694 **VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI**

HDA

ACOMPANHANTE: VANESSA (MAE) // ALERGIA: DESCONHECE
TRAUMA AXIAL 5QDE

EXAME FISICO

BEG
IFP/IFD SEM LIMITAÇÃO, LEVE DOR IFP.
RX SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

RX + TALA METALICA.
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE
MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA
AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 10D ATV FISICA

Dr. Viktor Cleto
Médico
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1518628
Pedido.....: 860649
Paciente.....: JEAN AMMA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 21/02/2025

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.

05 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149