

Atendimento: 1485930 - JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM Lote: 1863500 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 22766 Validade.:01/11/2024
Senha.....: 22766 Autoriz.:01/11/2024
Carteira.: 33571078 Validade.: 22/02/2025 Titular...: JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM
: RUA LIBIA

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
01/11/2024	40803120 MÃO OU QUIRODACTILO 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
01/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	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 **22766**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/11/2024		5 - Senha 22766	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22766	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571078		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM		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 LEONARDO DALEFFE FREITAS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 56006		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 01/11/2024	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado da mae. Ha 1 dia, trauma por hiperextensao em 2º e 5º qdd. Nega outros traumas. Nega alergias.			
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 01/11/2024 16:44 16:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 01/11/2024 17:50 17:50 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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -		3 -	
2 -		4 -	
5 -		7 -	
6 -		8 -	
9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		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\$) 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE ANJOS
01/11/2024 16:46:51

Atendimento: 1485930 Data do Atendimento: 01/11/2024
Prontuário: 1028837 Nome: JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 28/06/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988223712
Rua: RUA LIBIA Numero 372 CEP: 83405170
Bairro: RIO VERDE Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 33571078
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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.

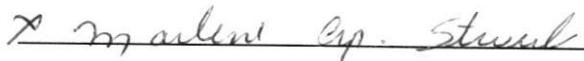
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



HospitalXV

Paciente : JOÃO FELIPE ROCIO STRAUB BOMFIM. 12 ANO

Início da Triagem: 16:24:25.

Fim da Triagem: 16:28:08.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO DIREITA. IS: HÁ 1 DIA

Comorbidades: , CONVULSÃO.

MUC: ACIDO VALPROICO

ALERGIAS: Desconhece

Sinais Vitais:

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

Data: 01/11/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Felipe do Rocio Straub Bomfim
Nº da Carteirinha: 3.357.1078
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 28/06/2012

Nº da Guia: 22766

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2024	13:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava participando de uma aula de Educação Física quando se machucou ao ser atingido pela bola durante uma partida de vôlei.

Testemunha da ocorrência

Professor André

Telefone

(41) 3028-5451

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

O aluno estava participando de uma aula de Educação Física quando se machucou ao ser atingido pela bola durante uma partida de vôlei.

Ass.:

Christian Benites

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:

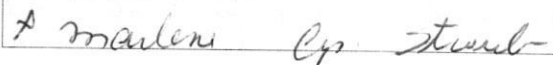
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 22766

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/11/2024		5 - Senha 22766	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22766	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 33571078		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM		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 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/11/2024	
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 01/11/2024 16:44 16:44 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 **22766**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 01/11/2024		5 - Senha 22766	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22766	
8 - Número da Carteira 33571078		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimentos a RN Medico N		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 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação 01/11/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1 01/11/2024			
37 - Hr. Inicial 16:44			
38 - Hr. Final 16:44			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 1.0			
45 - Fator R/Acr 80.00			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 80.00			
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			
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			

PRESCRIÇÃO.: 1684069 DATA: 01/11/2024 17:50
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1485930 DT NASC: 28/06/2012 (12A 4M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1028837 - JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2024 16:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSÃO 1º DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1485930

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
Obs.: ap e perfil do 2º dedo ap e perfil do 3º dedo							

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1485930 **Prontuário:** 1028837 **SAME:** 1028837 **Hora Atend:** 16:44 **Data Atend:** 01/11/2024
Paciente..... : JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA LIBIA
Bairro..... : RIO VERDE
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83405170
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..... : 01/11/2024 **Hora Saída :** 19:16

Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhado da mãe. Há 1 dia, trauma por hiperextensão em 2º e 5º qdd. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

56kg
2º QDD - 5º QDD
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta
Dor à palpação em falange
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

Contusão 2º qdd e 5º qdd
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão 2º qdd e 5º qdd
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Tala metálica, prescrevo analgesia. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1485937

840288

Paciente.....: JOAO FELIPE DO ROCIO STRAUB BOMFIM

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 01/11/2024

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.

12 de Novembro de 2024


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149