

Atendimento: 1525614 - JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA Lote: 1924639 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 25253 Validade.:17/03/2025
Senha.....: 25253 Autoriz.:17/03/2025
Carteira.: 2117160 Validade.: 17/03/2025 Titular...: JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA
: RUA DOUTOR PEDROSA

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
17/03/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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
17/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador 25253

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
17/03/2025

5 - Senha
25253

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
25253

8 - Número da Carteira
2117160

9 - Validade da Carteira
17/03/2025

10 - Nome
JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45739

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
17/03/2025

23 - Indicação Clínica
TRAUMA TORCIONAL PE ESQ HOJE DOR LOCAL

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Escalante

29 - Código na Operadora
76630518000107

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
1 17/03/2025 12:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 17/03/2025 13:23 22 40804097 RX - PE OU PODOCTILIO

42 - Ql. de. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00
001 1.0 35.58

Identificação (do Profissional Escalante)

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\$)
115.58

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinas (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Miguel Monteiro Ortega
Nº da Carteirinha: 2.11.7160
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 23/03/2013

Nº da Guia: 25253



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2025	11:27:00	Gramado escolar	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Durante a aula de contra turno no gramado, o aluno estava jogando bola, quando ao tentar defender, ele torceu o pé, sentindo dor imediatamente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fabiola	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago Rocha	17/03/2025

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 na coordenação, onde foi colocado gelo no inchaço e feito o contato com a mãe, para conduzir o aluno ao hospital, para avaliação médica.

Ass.: _____


Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 25253

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
17/03/2025

5 - Série

25253

6 - Data de Validade da Série

25253

8 - Número da Carteira
2117160

9 - Validade da Carteira
17/03/2025

10 - Nome

JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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

001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr Alex W. Chocri da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/RN 45.749

Dados da Solicitação/Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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 da Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

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 17/03/2025 12:48 12:48 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 80.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 - / /

38 - 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 OPMs (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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 25253

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
17/03/2025

5 - Série
25253

6 - Data de Validade da Série
25253

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
25253

8 - Número da Carteira
2117160

9 - Validade da Carteira
17/03/2025

10 - Nome
JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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
Dr. Alex W. Chantada Rocha
MÉDICO GINECOLOGISTA
CRM/RJ 45.178

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
17/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contrato Executado

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
1 17/03/2025 12:48 12:48 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 80.00 80.00

Identificação do(a) Profissional(a) Escalante(a)
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 Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / /
2 - / / 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 OPMs (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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS
17/03/2025 12:51:27

Atendimento: 1525614 Data do Atendimento: 17/03/2025
Prontuário: 986564 Nome: JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 23/03/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA DOUTOR PEDROSA

Numero 152

CEP: 80420120

Bairro: CENTRO

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2117160

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.

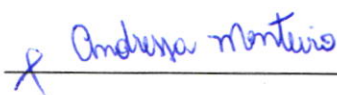
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

PRESCRIÇÃO.: 1728219 DATA: 17/03/2025 13:23
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1525614 DT NASC: 23/03/2013 (11A 11M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 986564 - JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2025 12:48 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S936 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1525614**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1					

Obs.: AP + OBLIQ

Dt. Alex W Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45739
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1525614 **Prontuário:** 986564 **SAME:** 986564 **Hora Atend:** 12:48 **Data Atend:** 17/03/2025
Paciente..... : JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA DOUTOR PEDROSA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80420120
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S936 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/03/2025 **Hora Saída :** 18:48

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

TRAUMA TORCIONAL PE ESQ HOJE
DOR LOCAL

EXAME FISICO

DEAMBULANDO CARGA TOTAL
SEM DOR PERIMALEOLAR
PELE INTEGRAL
DOR PALPAÇÃO BASE 5 MTT
NV PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE FX OU LX AGUDA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO PE ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO PE ESQ

TRATAMENTO

ALIVIO

PROTEÇÃO DE CARGA, GELO, AFASTAMENTO DE ATIVIDADE FISICA

ROBOFOOT

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1525614

Pedido.....: 865189

Paciente.....: JOAO MIGUEL MONTEIRO ORTEGA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 17/03/2025

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 no nível dos espaços articulares.

06 de Maio de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639