

Atendimento: 1373980 - JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN Lote: 1688560 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 14626 Validade.:16/11/2023
Senha.....: 14626 Autoriz.:16/11/2023
Carteira.: 2335143 Validade.: 01/02/2028 Titular....: JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN
: FAISAO

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00		65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/11/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
16/11/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930		Total :		61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
				Total :		65,00

Total Geral: 126,28

Atendimento: 1373980

Data do Atendimento: 16/11/2023

Prontuário: 1006896

Nome: JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN

Sexo: MASCULINO

Idade: 12

Data de Nascimento: 17/01/2011

RG: 158492890

CPF: 14499138906

Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 987968470

Numero 312

CEP: 83045580

Rua: FAISAO

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Bairro: AFONSO PENA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335143

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: SERGIO FRIESEN

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor de Moura Friesen

Nº da Carteirinha: 2.33.5143

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 17/01/2011

Nº da Guia: 14626



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/11/2023	10:51:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava em aula de educação física quando veio a torcer o pé, aparentemente sem inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Anderson	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	16/11/2023

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
Na sala de apoio foi feita compressa de gelo o pai foi avisado.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14626

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 14626
----------------------------	------------------------------	-------------------------------	--

4 - Data de Autorização 16/11/2023	5 - Senha 14626	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------------	--------------------	---	----------------------------

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2335143	9 - Validade da Carteira 01/02/2028	10 - Nome JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN	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 16/11/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
---	----------------------------------	--	------------------------	-----------------	-------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-------------	---	----------------

Dados do Contrato Excitante	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 da Execução / Procedimentos e Exams Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 16/11/2023 13:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00
--	---	--

Identificação do(ies) Profissional(is) Excitante(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\$) 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14626

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 14626	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14626	12 - Atendimento a RN N
----------------------------	------------------------------	---	--	----------------------------

4 - Data de Autorização 16/11/2023	5 - Sentença 14626	10 - Nome JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2335143	9 - Validade da Carteira 01/02/2028	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 EDER H CORREA Médico CRM 45078
-----------------------	-----------------------------------	--	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	-----------------	---

Dados do Solicitante	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/11/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
----------------------	--	----------------------------------	--	------------------------	--------------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-------------	---	----------------

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 (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 16/11/2023 13:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/ACR 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65.00 65.00
---	---	--

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	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	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 Médicinas (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
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1559009 DATA: 16/11/2023 13:07
USUÁRIO....: EDER.CORREA
AMENDIMENTO: 1373980 DT NASC: 17/01/2011 (12A 9M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006896 - JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/11/2023 13:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
Médico:

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
END. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
END.....: S900 CONTUSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1373980*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					

EDER H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1373980 **Prontuário:** 1006896 **SAME:** 1006896 **Hora Atend:** 13:00 **Data Atend:** 16/11/2023
Paciente..... : JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN
Endereço..... : FAISAO
Cidade..... : AFONSO PENA
Estado..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Hospital..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Endereço Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
Endereço Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data de Saída..... : 16/11/2023
Estador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA**
UF...: PR **CEP:** 83045580
Plano...: UNICO
Hora Saída : 14:18

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO hj pela manha

EXAME FISICO

#BEG. DEAMBULANDO COM APOIO EM MEMBRO COM CLAUDICAÇÃO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAOD E MALEOLO LATERAL, SEM DOR EM OUTROS LOCAIS A PALPAÇÃO,
SEM DOR EM FIBULA ALTA/PERNA E SEM DOR EM BASE DE 5 MTT
SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR AO EXAME, TESTE DE GAVETA NEGATIVO
NV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA EM REGIAO LATERAL DE TORNOZELO
SEM SINAIS DE LESAO DE TRICEPS SURAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DE PÉ E BASE DE 5 MTT
ADM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA, POREM DOLOROSO

DIAGNOSTICO

entorse de tornozelo

DIAGNOSTICO - HISTORICO

entorse de tornozelo

TRATAMENTO

foot + 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 H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1373980 **Prontuário:** 1006896 **SAME:** 1006896 **Hora Atend:** 13:00 **Data Atend:** 16/11/2023
Paciente..... : JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN
Endereço..... : FAISAO
Cidade..... : AFONSO PENA
Estado..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Unidade..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
Plano Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/11/2023
Prestador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA**
Hora Saída : 14:18

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO hj pela manha

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO COM APOIO EM MEMBRO COM CLAUDICAÇÃO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAOD E MALEOLO LATERAL, SEM DOR EM OUTROS LOCAIS A PALPAÇÃO,
SEM DOR EM FIBULA ALTA/PERNA E SEM DOR EM BASE DE 5 MTT
SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR AO EXAME, TESTE DE GAVETA NEGATIVO
NV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA EM REGIAO LATERAL DE TORNOZELO
SEM SINAIS DE LESAO DE TRICEPS SURAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DE PÉ E BASE DE 5 MTT
SEM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA, POREM DOLOROSO

DIAGNOSTICO

Entorse de tornozelo

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse de tornozelo

TRATAMENTO

Robofoot + 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 H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1373980

772351

Paciente.....: JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 16/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

21 de Novembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1373980
772351

Paciente.....: JOAO VICTOR DE MOURA FRIESEN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 16/11/2023

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.

21 de Novembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639