

Atendimento: 1488654 - KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA Lote: 1867713 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23042 Validade.:11/11/2024
Senha.....: 23042 Autoriz.:11/11/2024
Carteira.: 368052 Validade.: 11/11/2025 Titular....: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
: ESTRADA GUILHERME WEIGERT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/11/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
11/11/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **23042**

Folha: 1 / 1

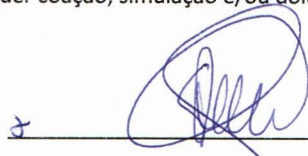
1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/11/2024	5 - Senha 23042	6 - Data de Validade da Senha									
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23042									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 368052	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA									
		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 HALAN GIRARDI PRESA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 19208									
	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 11/11/2024	23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado da mae. Trauma torcional em tornozelo direito ao correr na escola. 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 11/11/2024	12:13	12:13	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 11/11/2024	13:03	13:03	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.58	35.58
3 11/11/2024	13:03	13:03	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	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				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -				
2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -				
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16	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\$) 151.16					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

WENDY.FERREIRA
11/11/2024 12:16:13

Atendimento: 1488654 Data do Atendimento: 11/11/2024
Prontuário: 1029395 Nome: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 03/09/2013
RG: CPF: 11068688971 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999121460
Rua: ESTRADA GUILHERME WEIGERT Numero 2245 CEP: 82720000
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368052
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



Paciente : KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA. 11 ANOS

Início da Triagem:12:01:36.
Fim da Triagem:12:08:05.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA ENTORSE NO PÉ DIREITO, REFERE ALGIA E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:76bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:97% ECG: Dor:

Data: 11/11/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauan de Oliveira da Costa
Nº da Carteirinha: 3.6.8052
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 03/09/2013 Nº da Guia: 23042

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2024	10:57:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Coxa Direita, Joelho Direito, Perna Direita, Pé Direito, Posterior da Coxa Direita, Calcanhar Esquerdo, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição
O aluno estava no horário do intervalo correndo no pátio e acabou torcendo o tornozelo direito. O aluno sente um pouco de dor na região afetada e apresenta um pouco de inflamação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alan(monitor)	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth Cervera -monitora	11/11/2024

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
O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros, foi aplicado um gelo no local para aliviar a dor e sinais de inchaço. Reclama de um pouco de dor no local e desconforto ao caminhar. Os pais foram avisados e orientados a levar o aluno ao médico.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

DR. HALAN GILARDI PRESA
ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA
CRM-PR 19208

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 - SPI/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **23042**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/11/2024		5 - Senha 23042	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23042	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368052		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	
10 - Nome KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA		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 11/11/2024	
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 11/11/2024 12:13 12:13 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			

DR. HAVAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

PREScrição.: 1687299. DATA: 11/11/2024 13:03
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1488654 DT NASC: 03/09/2013 (11A 2M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1029395 - KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/11/2024 12:13 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.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1488654

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1						
2	PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1						

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1488654	Prontuário: 1029395	SAME: 1029395	Hora Atend: 12:13	Data Atend:11/11/2024
Paciente..... : KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA			Idade: 11 a	
Endereço..... : ESTRADA GUILHERME WEIGERT				
Bairro..... : SANTA CANDIDA				
Cidade..... : CURITIBA			UF...: PR	CEP: 82720000
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída..... : 11/11/2024			Hora Saída : 19:46	
Prestador da Evolução Médica: 2100 LEONARDO DALEFFE FREITAS				

HDA

Paciente acompanhado da mãe. Trauma torcional em tornozelo direito ao correr na escola. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
Sem dor à palpação de cabeça e diáfise da fíbula e tibia
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Entorse tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, gelo no local, robofoot, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN SIKANDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1488654	Prontuário: 1029395	SAME: 1029395	Hora Atend: 12:13	Data Atend:11/11/2024
Paciente.....	: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA			Idade: 11 a	
Endereço.....	: ESTRADA GUILHERME WEIGERT				
Bairro.....	: SANTA CANDIDA				
Cidade.....	: CURITIBA				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	: S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 11/11/2024			Hora Saída : 19:46	
Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA					

HDA

Paciente acompanhado da mãe. Trauma torcional em tornozelo direito ao correr na escola. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
Sem deformidades, pele íntegra
Adm restrita por dor
Sem dor à palpação de cabeça e diáfise da fíbula e tibia
Dor à palpação de região perimaleolar lateral e medial.
Sem dor à palpação de base do 5º metatarso
Nv preservado em mid

DIAGNOSTICO

Entorse tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse tornozelo direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, gelo no local, robofoot, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488654
Pedido.....: 842080
Paciente.....: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

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.

30 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488654
Pedido.....: 842080
Paciente.....: KAUAN DE OLIVEIRA DA COSTA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Densificação e fragmentação da apófise do calcâneo.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642