

Atendimento: 1458831 - KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO Lote: 1821447 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 19747 Validade.:08/08/2024
Senha.....: 19747 Autoriz.:08/08/2024
Carteira.: 2377608 Validade.: 15/01/2025 Titular....: KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO
: BENTO GONCALVES

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
08/08/2024	40803090 COTOVELO	EXAME	1	35,5845	35,58
08/08/2024	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803104 ANTEBRAÇO	EXAME	1	35,5845	35,58
08/08/2024	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador 19747

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																									
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19747																									
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19747																									
Dados do Beneficiário																											
8 - Número da Carteira 2377608		9 - Validade da Carteira 15/01/2025																									
10 - Nome KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO		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 KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06																									
17 - Número no Conselho 14115		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 08/08/2024																									
23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE CONTUSAO COTOVELO ESQUERDO HOJE, COLEGA CAIU POR CIMA DEL																											
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	08/08/2024	17:03	17:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	80.00	80.00																
2	08/08/2024	17:26	17:26	22	40803090	RX - COTOVELO	001		1.0	35.58	35.58																
3	08/08/2024	17:26	17:26	22	40803104	RX - ANTEBRACO	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 -				3 -				5 -				7 -				9 -											
2 -				4 -				6 -				8 -				10 -											
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																			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kevin Nicolas Araujo Falcão

Nº da Carteirinha: 2.37.7608

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 10/06/2009

Nº da Guia: 19747



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2024	14:50:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Dia do Estudante

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Braço Esquerdo

Descrição

O aluno estava no ginásio, participando das atividades do Dia do Estudante e brincando em um brinquedo inflável. Ao escorregar na rampa do brinquedo, um colega caiu sobre o seu braço. O local está inchado e dolorido.

Testemunha da ocorrência

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

o Mesmo

Data

08/08/2024

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, no momento do ocorrido, não procurou auxílio na escola, mas, ao chegar em casa, sentiu muita dor. Então, os pais procuraram a escola e o encaminhamos para a unidade de saúde de referência. O pai levará até o hospital indicado.

Ass.:

Alexandro Gaspar

Vice Diretor Escolar

CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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

ATENDIMENTO

1. Nome do paciente: [illegible]
2. Data de nascimento: [illegible]
3. Sexo: [illegible]

4. Endereço: [illegible]

5. Local: [illegible]
6. Horário: [illegible]
7. Data de atendimento: [illegible]

8. Partes no corpo: [illegible]

9. Tipo de atendimento: [illegible]

10. Descrição do atendimento: [illegible]

11. Observações: [illegible]

12. Assinatura: [illegible]

13. Nome do médico: [illegible]
14. Nome do enfermeiro: [illegible]
15. Nome do técnico: [illegible]

16. Data de emissão: [illegible]

17. Assinatura do médico: [illegible]

18. Observações adicionais: [illegible]

19. Data de validade: [illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador 19747

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19747	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19747	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377608		9 - Validade da Carteira 15/01/2025	
10 - Nome KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN 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 Dra. Karla Müller Carvalho Ortopedia CRM 14.115	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/08/2024	
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	
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 08/08/2024 17:03 17:03 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 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			
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 **19747**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19747	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19747	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377608		9 - Validade da Carteira 15/01/2025	
10 - Nome KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO		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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/08/2024	
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	
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 08/08/2024 17:03 17:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
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			
68 - Assinatura do Contratado			

Dra. Karla Miller Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

Atendimento.....: 1458831

Pedido.....: 823646

Paciente.....: KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 08/08/2024

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

16 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1458831

Pedido.....: 823646

Paciente.....: KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 08/08/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

16 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
08/08/2024 17:07:06

Atendimento: 1458831 Data do Atendimento: 08/08/2024
Prontuário: 999131 Nome: KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 10/06/2009
RG: CPF: 12497122970 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: BENTO GONCALVES

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

Numero 83

CEP: 82940410

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377608

UF: PR

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

R

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

Paciente : KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCÃO 15ANOS

Início da Triagem: 16:58:35.

Fim da Triagem: 17:05:18.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA ESTAR BRINCANDO EM BRINQUEDO INFLAVEL , QUANDO UM COLEGA CAIU EM CIMA DO SEU BRAÇO E, HOJE.

Comorbidades: .

MUC: AMITRIPTILINA, ESOMEPRAZOL, ALENIA

ALERGIAS: LORATADINA, IBUPROFENO

Sinais Vitais:

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

Data: 07/08/2024.

FERNANDA DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO.: 1655303 DATA: 08/08/2024 17:26
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1458831 DT NASC: 10/06/2009 (15A 1M 30D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 999131 - KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2024 17:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1458831**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)40803090	1					
2 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1					

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1458831 Prontuário: 999131 SAME: 999131 Hora Atend: 17:03 Data Atend: 08/08/2024
Paciente..... : KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO Idade: 15 a
Endereço..... : BENTO GONCALVES
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 82940410
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/08/2024 Hora Saída : 20:44
Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO COTOVELO ESQUERDO HOJE, COLEGA CAIU POR CIMA DELE EM TOBOGÃ INFLAVEL.

EXAME FISICO

COTOVELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME EM COTOVELO
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO OLECRANIANA
ADM LIVRE
SEM DOR À PRONO-SUPINAÇÃO
SEM BLOQUEIOS À PRONO-SUPINAÇÃO
NV PRESERVADO EM MSD

DIAGNOSTICO

CONTUSAO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO COTOVELO

TRATAMENTO

ORIENTO MÃE SOBRE O QUADRO
PRESCREVO ANALGESIA
FORNEÇO ATESTADO

Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA