

Atendimento: 1532369 - LAURA MARIA DE CASTRO Lote: 1935091 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LAURA MARIA DE CASTRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 27086 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2782040 Validade.: 04/04/2026 Titular...: LAURA MARIA DE CASTRO
: RUA TIBURCIO G DE OLIVEIRA

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
04/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
04/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **27086**

Folha: 1 / 1

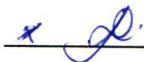
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 04/04/2025		5 - Senha 27086		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 27086							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2782040		9 - Validade da Carteira 04/04/2026		10 - Nome LAURA MARIA DE CASTRO		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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38421		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 04/04/2025		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE RELATA CONTUSAO DE BOLA DE HANDEBOL EM 4 DEDO MAO DIREITA. EVOI									
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 04/04/2025 18:41 18:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 04/04/2025 19:18 19:18 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													
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 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 ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
04/04/2025 18:44:20

Atendimento: 1532369 Data do Atendimento: 04/04/2025
Prontuário: 1038571 Nome: LAURA MARIA DE CASTRO
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 26/02/2014
RG: 11397169990 CPF: 11397169990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999491591

Rua: RUA TIBURCIO G DE OLIVEIRA Numero 167 CEP: 83326195
Bairro: ATUBA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782040
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALINE DA SILVA RODRIGUES DE CASTRO Parentesco: MAE

- 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 : LAURA MARIA DE CASTRO, 11 ANOS

Início da Triagem: 18:29:49.

Fim da Triagem: 18:39:35.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 4º QDD, BOLA BATEU NO LOCAL APÓS SER ARREMESSADA. REFERE DOR E EDEMA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:85bpm FR:rpm Tax:36,3°C SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 04/04/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Maria de Castro
Nº da Carteirinha: 2.78.2040
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 26/02/2014

Nº da Guia: 27086

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/04/2025	15:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em Ed. Física, quando foi receber a bola, que veio com muita força, luxando o dedo anelar. Está consciente e firme, mas sentindo as dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Tatiane	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Vanessa	04/04/2025

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

A mãe (professora aqui) foi avisada. Demos gelo no local machucado. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar
Ass.:

Ingo Iwankiw

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 **27086**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal											
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
8 - Número da Carteira 2782040		9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAURA MARIA DE CASTRO		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 Dr. Ricardo S. F. F. Silva Jr Ortopedia e Traumatologia CRM 38421							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/04/2025		23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Consulta em pronto socorro				27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0						
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585							
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)													
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO													
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
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 27086

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal													
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante											
8 - Número da Carteira 2782040		9 - Validade da Carteira		10 - Nome LAURA MARIA DE CASTRO		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			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Ricardo S. F. de Vinha Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM 38421											
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/04/2025		23 - Indicação Clínica											
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro								27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante				Dados do Atendimento											
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA								31 - Código CNES 3005585					
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)															
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)															
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 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 - 5 - 7 - 9 -															
2 - 4 - 6 - 8 - 10 -															
58 - Observação / Justificativa															
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

PRESCRIÇÃO.: 1734667 DATA.: 04/04/2025 19:17
USUÁRIO.....: PEDRO.PEREIRA
ATENDIMENTO: 1532369 DT NASC: 26/02/2014 (11A 1M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038571 - LAURA MARIA DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/04/2025 18:41 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO NAKANO PEREIRA SERVIÇO: ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1532369*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: 4 DEDO						



PEDRO NAKANO PEREIRA
CRM: 103555

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1532369 Prontuário: 1038571 SAME: 1038571 Hora Atend: 18:41 Data Atend:04/04/2025
Paciente..... : LAURA MARIA DE CASTRO Idade: 11 a
Endereço..... : RUA TIBURCIO G DE OLIVEIRA
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... : PINHAIS UF.: PR CEP: 83326195
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 04/04/2025 Hora Saída : 23:45

Prestador da Evolução Médica: 1165 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE RELATA CONTUSAO DE BOLA DE HANDEBOL EM 4 DEDO MAO DIREITA. EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.
NEGA ALERGIAS
NEGA MUC

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO DE INTERFALANGEANA PROXIMAL DE 4 DEDO MAO DIREITA. EDEMA LOCAL. PELE INTEGRAL. FLEXAO E EXTENSAO PRESERVADOS. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

FRATURA DE BASE FALANGE MEDIA. 4 DEDO.
30722024

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE BASE FALANGE MEDIA. 4 DEDO.
30722024

TRATAMENTO

TALA METALICA + ALIVIUM + NOVALGINA + ORIENTO RETORNO EM 2 SEMANAS + ORIENTO MANTER TALA METALICA + ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO S/N

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1532369

Pedido.....: 869138

Paciente.....: LAURA MARIA DE CASTRO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 04/04/2025

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.

13 de Abril de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149