

Atendimento: 1493786 - LEONARDO DE QUADROS Lote: 1875644 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LEONARDO DE QUADROS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 23494 Validade.:27/11/2024
Senha.....: 23494 Autoriz.:27/11/2024
Carteira.: 2791022 Validade.: 22/02/2025 Titular....: LEONARDO DE QUADROS
: AGENOR LINO DE OLIVEIRA BLC10 101

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
27/11/2024	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
27/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna Vieira Fernandes
Nº da Carteirinha: 2.37.5127
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM
Data de Nascimento: 26/05/2008 **Nº da Guia:** 23596



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2024	12:03:00	Sala de Aula	Aconteceu na sala 122

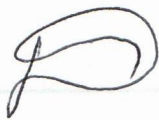
O que aconteceu	Partes do corpo
Predeu o dedo na porta	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna predeu o dedo na porta da sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambas para o hospital de referencia.

Ass.: 
Nailson Veras do Nascimento

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 **23596**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/11/2024		5 - Senha 23596	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23596	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2375127		9 - Validade da Carteira 29/11/2024	
10 - Nome GIOVANNA VIEIRA FERNANDES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento		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		21 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 29/11/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.	
28 - Qt. Autoriz.		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 29/11/2024 12:55 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			
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			

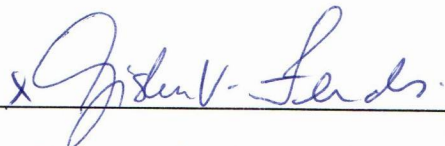
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

DANIELE.KING
29/11/2024 12:58:59

Atendimento: 1494430 Data do Atendimento: 29/11/2024
Prontuário: 1030573 Nome: GIOVANNA VIEIRA FERNANDES
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 26/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: RUA AMORAS Numero 80 CEP: 81540580
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375127
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

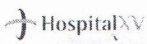


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23596

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/11/2024		5 - Senha 23596	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23596	
8 - Número da Carteira 2375127		9 - Validade da Carteira 29/11/2024	
10 - Nome GIOVANNA VIEIRA FERNANDES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a		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		21 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 29/11/2024		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.	
28 - Qt. Autoriz.		29 - Código da Operadora 76530518000107	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		31 - Código CNES 3005585	
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 1 29/11/2024		37 - Hr. Inicial 12:55	
38 - Hr. Final 12:55		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 80.00	
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	



PREScrição.: 1693648 DATA: 29/11/2024 13:06
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1494430 DT NASC: 26/05/2008 (16A 6M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1030573 - GIOVANNA VIEIRA FERNANDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/11/2024 12:55 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPIEDIA 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

1494430

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1						
Obs.: ap perfil e obliquo de 3º dedo							

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006



PRESCRIÇÃO.: 1693651 DATA: 29/11/2024 13:23
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1494430 DT NASC: 26/05/2008 (16A 6M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1030573 - GIOVANNA VIEIRA FERNANDES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/11/2024 12:55 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA 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

1494430

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. CURATIVO SIMPLES P	1					[29/11]	13:23
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	5	AMPOLA					
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	3	UNIDADE					
C/5 UND ESTERIL							

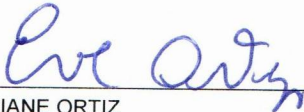
Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006
LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

Período de 29/11/2024 a 29/11/2024

Atendimento: **1494430 GIOVANNA VIEIRA FERNANDES** Nascimento: 26/05/2008
Mãe: GISELENE VIEIRA FERNANDEAS
Internação: 29/11/2024 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Evolução/Anotação: 00713134 Data: 29/11/2024 Hora: 16:53

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO CURATIVO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
05 SF 0,9% 10 ML
03 GAZE 7,5/7,5
30 CM DE MICROPORE


2044 EVE ARIANE ORTIZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 588616

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1494430	Prontuário: 1030573	SAME: 1030573	Hora Atend: 12:55	Data Atend:29/11/2024
Paciente..... : GIOVANNA VIEIRA FERNANDES			Idade: 16 a	
Endereço..... : RUA AMORAS				
Bairro..... : UBERABA				
Cidade..... : CURITIBA			UF...: PR	CEP: 81540580
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 29/11/2024			Hora Saída : 19:02	
Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI				

HDA

Paciente acompanhada dos pais. Prendeu o 3º qde na porta causado ferimento em falange distal. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

3º QDE
Sem deformidades, com aumento de volume, ferimento superficial cortante em dorso e volar de falange distal
Dor à palpação em falange distal
Tendões íntegros
Nv preservado

DIAGNOSTICO

Ferimento 3º qde
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Ferimento 3º qde
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Limpeza de ferimento e curativo. Prescrevo analgesia. Acompanhamento ambulatorial com especialista em mão em 2 semanas se persistência do quadro.

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA