

Atendimento: 1293158 - LEVI MATHEUS DOS SANTOS Lote: 1561502 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 9852 Validade.:03/03/2023
Senha.....: 9852 Autoriz.:03/03/2023
Carteira...: 2118270 Validade.: 31/12/2023 Titular...: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
: SAO GABRIEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	57,68	0,00	0,00	0,00	0,00	57,68
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						122,68

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/03/2023	40803031 COSTELAS - POR HEMITÓRAX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
03/03/2023	40805018 TÓRAX - 1 INCIDÊNCIA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	25,9600	25,96
Total :					57,68

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						122,68



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 9852

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/03/2023

5 - Senha
9852

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
9852

8 - Número da Carteira
2118270

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
LEVI MATHEUS DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

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
LUIZA SOUZA ZARSKA DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48610

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
03/03/2023

23 - Indicação Clínica
REFERE TRAUMA EM REGIAO DE ARCOS COSTAIS A DIREITA, COLEGA CAIU POR CIMA DELE EM JOGO DE HANDEBOL

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI 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
1 03/03/2023 16:59 16:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 03/03/2023 17:18 17:18 22 40803031 RX - COSTELAS - POR HEMITORAX
3 03/03/2023 17:18 17:18 22 40805018 RX - TORAX - 1 INCIDENCIA

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Sg. 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\$)
122,68

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\$)
122,68

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leví Matheus dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.11.8270
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 08/02/2006

Nº da Guia: 9852



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/03/2023	11:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Abdomen

Descrição

Durante a aula de educação física em atividade o alunou chocou-se com o colega que acabou caindo por cima dele na região abdominal. O aluno queixa-se de dor no abdômen, mais especificamente na costela direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Philippe	(32) 25-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Eric	03/03/2023

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

Colocamos gelo no local e informamos a família.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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/SPADT

2. Nº Guia no Prestador 1293158

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2118270

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LEVI MATHEUS DOS SANTOS

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 - Cartão do Atendimento

2 03/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 ou Item Assistencial 10101039 Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (evento 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 - Cide 43 - Via 44 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Red.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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 1293158

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2118270
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
LEVI MATHEUS DOS SANTOS
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 - Cartão do Atendimento
22 - Data da Solicitação
03/03/2023
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro
27 - Ql. Solic.
1
28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento
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 - Ql. de
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Real / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Part.
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -
7 -
8 -
9 -
10 -
58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total de OPM (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

Serviço de Radiologia

Atendimento....: 1293158

Pedido.....: 723757

Paciente.....: LEVI MATHEUS DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

Data do Exame.: 03/03/2023

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Exame realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

Pulmões com a transparência normal.

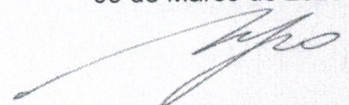
Seios costofrênicos livres.

Volume cardíaco dentro dos padrões normais.

Vascularização pulmonar preservada.

Mediastino sem alterações radiograficamente demonstráveis.

05 de Março de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1293158

Pedido.....: 723757

Paciente.....: LEVI MATHEUS DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 03/03/2023

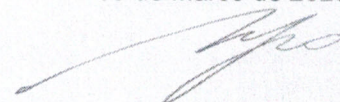
RADIOGRAFIA DOS ARCOS COSTAIS À DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua anterior.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal nestas incidências.

05 de Marco de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
03/03/2023 17:04:11

Atendimento: 1293158 Data do Atendimento: 03/03/2023
Prontuário: 992746 Nome: LEVI MATHEUS DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 08/02/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: SAO GABRIEL Numero 381 CEP: 83302280
Bairro: JARDIM SANTA MONICA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118270
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FABIANE PEREIRA TEIXEIRA DOS SANTOS 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



HospitalXV

Paciente : LEVÍ MATHEUS DOS SANTOS 17 ANOS

Início da Triagem: 16:53:41.

Fim da Triagem: 16:58:53.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

CAIU HOJE, APRESENTA TRAUMA EM REGIÃO DAS COSTELAS A DIREITA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:DIPIRONA

Sinais Vitais:

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

Data: 03/03/23.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1293158 **Prontuário:** 992746 **SAME:** 992746 **Hora Atend:** 16:59 **Data Atend:** 03/03/2023
Paciente..... : LEVI MATHEUS DOS SANTOS **Idade:** 17 a
Endereço..... : SAO GABRIEL
Bairro..... : JARDIM SANTA MONICA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83302280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S223 - FRATURA DE COSTELA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 03/03/2023 **Hora Saída :** 18:23
Prestador da Evolução Médica: 1755 **LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO**

HISTÓRIA

REFERE TRAUMA EM REGIÃO DE ARCOS COSTAIS A DIREITA, COLEGA CAIU POR CIMA DELE EM JOGO DE HANDEBOL
DOR A INSPIRAÇÃO PROFUNDA
FEZ PARACETAMOL E GELO, SEM MELHORA
NEGA DISPNEIA OU OUTROS SINTOMAS RESPIRATORIOS
ALERGIA A DIPIRONA
NEGA COMORBIDADES

EXAME FÍSICO

PELE INTEGRAL
AUSENCIA DE EQUIMOSE LOCAL
DOR A PALPAÇÃO EM HEMITORAX A DIREITA, REGIÃO ANTERIOR, CREPITAÇÃO LOCAL
RX: FRATURA COSTELA

DIAGNOSTICO

FRATURA COSTELA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA COSTELA

TRATAMENTO

ANALGESIA
GELO
REPOUSO
ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA
RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME

Luiza S. Zarske de Mello
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

MUNICIPIO..... LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT... PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO... COBERTURA:
CID..... S234 ENTORSE E DISTENSAO DAS COSTELAS E DO ESTERNO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

PREScrição Médica

NOMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	HEMITORAX P.A.	1						
2	COSTELAS - POR HEMITORAX (DIREITO)	1						

Luisa S. Garske de Mello
Medica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKIE DE MELLO
CRM: 48610