

Atendimento: 1418779 - MAIRUS VELLOSO GOMES Lote: 1759090 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MAIRUS VELLOSO GOMES  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
Guia.: 16629 Validade.: 08/04/2024  
Senha.: 16629 Autoriz.: 08/04/2024  
Carteira.: 278280 Validade.: 01/01/2025 Titular.: MAIRUS VELLOSO GOMES  
: HAYTON DA SILVA PEREIRA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 21,85     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 21,85  |
| TAXAS                 | 43,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 43,00  |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 30,64     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 30,64  |
| HONORARIOS MEDICOS    | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 160,49 |

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                                    | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 08/04/2024 | 08002519 ATAD ALG. ORTOPEDICO 12CMX1,80M CREMER | RL          | 1    | 3,5280      | 3,53     |
| 08/04/2024 | 08002522 ATADURA GESSADA 08CMX2M CREMER         | ROLO        | 3    | 5,1570      | 15,47    |
| 08/04/2024 | 08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER   | RL          | 1    | 2,3985      | 2,40     |
| 08/04/2024 | 08006167 MALHA TUBULAR 04CM X 25M NEVE          | CM          | 30   | 0,0148      | 0,45     |
| Total :    |                                                 |             |      |             | 21,85    |

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|---------|------|-------------|----------|
| 02000018 TAXA DE SALA DE GESSO | UND         | 100,00% | 1    | 43,0000     | 43,00    |
| Total :                        |             |         |      |             | 43,00    |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 08/04/2024 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64    |
| Total :    |                                                                                |             |      |             | 30,64    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                  | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 08/04/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |

Atendimento: 1418779 - MAIRUS VELLOSO GOMES Lote: 1759090 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

Total : 65,00

Total Geral: 160,49



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

2 - Nº Guia no Prestador 16629

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização  
08/04/2024

5 - Sentença  
16629

6 - Data de Validade da Sentença  
16629

8 - Número da Carteira  
278280

9 - Validade da Carteira  
01/01/2025

10 - Nome  
MAIRUS VELLOSO GOMES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  
N

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

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
08/04/2024

23 - Indicação Clínica  
SOFREU QUEDA JOGANDO QUEIMADA HOJE COM TRAUMA EM POLEGAR

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
26 - Descrição

27 - Ql. Solic.  
28 - Ql. Autoriz.

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CHES  
3005585

32 - Tipo Atendimento  
11

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta  
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                |              |           |                 |                            |          |        |         |                |                   |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|--------------|-----------|-----------------|----------------------------|----------|--------|---------|----------------|-------------------|----------------|
| 36-Data                                               | 37-Hr. Inicial | 38-Hr. Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição               | 42-Qlde. | 43-Via | 44-Tec. | 45-Fator R/Acr | 46-Valor Unitário | 47-Valor Total |
| 1 08/04/2024                                          | 17:46          | 17:46        | 22        | 10101339        | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 601      |        |         |                | 65,00             | 65,00          |
| 2 08/04/2024                                          | 17:55          | 17:55        | 22        | 40803120        | RX - MÃO DO DÍGITO ANULAR  | 601      |        |         |                | 30,64             | 30,64          |

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 Sentença 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 95,64 60 - Total de Taxas e Autuações (R\$) 43,00 61 - Total de Materiais (R\$) 21,85 62 - Total de OPMs (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Custos Medicinas (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 160,49

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS  
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000 2 - Número da Guia Referenciada 16629

3 - Código na Operadora 76530518000107 4 - Nome do Contratado HOSPITAL XVLTD 5 - Código CNES 3005585

Despesas Realizadas

| 6-CD                                                                                                      | 7-Data                                   | 8-Hora Inicia | 9-Hora Final | 10-Tabela | 11-Código do Item | 12-Qtde. | 13-Unidade de Medida | 14-Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário - R\$ | 16-Valor Total - R\$ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|--------------|-----------|-------------------|----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17- Registro ANVISA do Material                                                                           | 18- Referência do material no fabricante |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 3 - 03                                                                                                    | 08/04/2024                               | 17:46:00      | a            | 17:46:00  | 19                | 70034575 | 3                    | 045                     | 1.00                    | 5.15                 |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA NEVE - 08CM X 2.0M                                                        |                                          |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 4 - 03                                                                                                    | 08/04/2024                               | 17:46:00      |              | 17:46:00  | 19                | 70034690 | 1                    | 045                     | 1.00                    | 3.53                 |
| 20 - Descrição: ATADURA ORTOFEDICA 12CMX1.8MT 12UNID 156.843                                              |                                          |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 5 - 03                                                                                                    | 08/04/2024                               | 17:46:00      |              | 17:46:00  | 19                | 70952588 | 1                    | 045                     | 1.00                    | 2.40                 |
| 20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1.80m                                     |                                          |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 6 - 03                                                                                                    | 08/04/2024                               | 17:46:44      |              | 17:46:44  | 00                | 08006167 | 30                   | 038                     | 1.00                    | 0.01                 |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 4X25MTS                                                                     |                                          |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |
| 7 - 07                                                                                                    | 08/04/2024                               | 17:46:44      |              | 17:46:44  | 18                | 60023236 | 1                    | 036                     | 1.00                    | 43.00                |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COL. OCAÇÃO/RETRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA |                                          |               |              |           |                   |          |                      |                         |                         |                      |

|                                   |                                  |                              |                          |                                      |                             |                        |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 21 - Total de Gases Médicos (R\$) | 22 - Total de Medicamentos (R\$) | 23 - Total de Material (R\$) | 24 - Total de OPMs (R\$) | 25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 26 - Total de Diárias (R\$) | 27 - Total Geral (R\$) |
| 0.00                              | 0.00                             | 21.85                        | 0.00                     | 43.00                                | 0.00                        | 64.85                  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mairus Velloso Gomes  
Nº da Carteira: 2.78.280  
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 03/04/2013

Nº da Guia: 16629

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 08/04/2024         | 14:38:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo     |
|-----------------|---------------------|
| Torção          | 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

O estava em aula de educação física quando caiu e foi apolar a mão torceu o dedo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Matheus          | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitor Matheus                 | 08/04/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

O aluno foi atendido pelo coordenador Fabio que passou gelou no local, foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para hospital de referencia.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

Dr. Rodan Girardi - Pres.  
Clínica de Traumatologia  
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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mairus Velloso Gomes  
**Nº da Carteira:** 2.78.280  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 03/04/2013

**Nº da Guia:** 16629

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 08/04/2024         | 14:38:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo     |
|-----------------|---------------------|
| Torção          | 1º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| O estava em aula de educação física quando caiu e foi apoiar a mão torceu o dedo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Matheus          | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitor Matheus                 | 08/04/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pelo coordenador Fabio que passou gelou no local , foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para hospital de referencia , |

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

Dr. Herton Carmo Proed  
Coord. Clínico e Terapêutico

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 16629

Folha: 1 / 1

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0000000 | 3 - Número da Guia Principal |
|-----------------------------|------------------------------|

|                                       |                    |                                        |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|
| 4 - Data de Autorização<br>08/04/2024 | 5 - Sembr<br>16629 | 6 - Data de Validade da Sembr<br>16629 |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|

|                                  |                                        |                                   |                                         |                            |
|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>278280 | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2025 | 10 - Nome<br>MAIRUS VELLOSO GOMES | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                           |                                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 13 - Código do Operador<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                      |                                  |                                 |               |                 |                                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>0000 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------|

|                                   |                                        |                        |
|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| 21 - Caracter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>08/04/2024 | 23 - Indicação Clínica |
|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|

|                                                                    |                |                              |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qx SMC<br>28 - Qx Ambiz |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|

|                                            |                                             |                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005565 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

|                             |                                                                  |                       |                                            |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento<br>11 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|

|                                                                                                                                                 |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição<br>1 08/04/2024 11:46 17:56 22 10:01039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 42-Crde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total<br>001 1.0 65.00 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                         |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 48-Sq. Ref. 49-Cr. 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 (RS)<br>65.00 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (RS)<br>0.00 | 62 - Total de OPMF (RS)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (RS)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (RS)<br>0.00 | 65 - Total Geral (RS)<br>65.00 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 69 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 71 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 72 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 74 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 75 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 77 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|



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

2 - Nº Guia no Prestador 16629

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de AutORIZAÇÃO  
08/04/2024

5 - Sentença  
16629

6 - Data de Validade da Sentença  
16629

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora  
16629

8 - Número da Carteira  
278280

9 - Validade da Carteira  
01/01/2025

10 - Nome  
MAIRUS VELLOSO GOMES

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde  
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  
001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
26 - Descrição

27 - Qi Solic.  
28 - Qi Autoriz.

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES  
3005585

32 - Tipo Atendimento  
11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data de Execução / Procedimento e Exame Realizado

37 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição  
08/04/2024 17:46 22 18101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtd. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total  
001 1,0 65,00

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part. 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof. 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)  
65,00

60 - Total de Taxas e Anúncios (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 Médicos (R\$)  
0,00

65 - Total Geral (R\$)  
65,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CINTIA SILVA

Data Hora: 08/04/2024 17:48:59

Contato: 1780090

Atendimento 1418779

Convênio CLINICA ADVERTISTAS DE CURITIBA

\*175anqn\*

Atendimento.....: 1418779  
Partida .....: 799260  
Paciente.....: MAIRUS VELLOSO GOMES  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA  
Data do Exame.: 08/04/2024

---

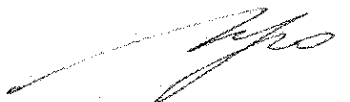
## RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Fratura da falange proximal do polegar.

14 de Abril de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA  
08/04/2024 17:48:35

Atendimento: 1418779      Data do Atendimento: 08/04/2024  
Prontuário: 1015193      Nome: MAIRUS VELLOSO GOMES  
Sexo: MASCULINO      Idade: 11      Data de Nascimento: 03/04/2013  
RG: 166073049      CPF: 80161339913      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: HAYTON DA SILVA PEREIRA      Numero 690      CEP: 82810170  
Bairro: CAPAO DA IMBUIA      Cidade: CURITIBA      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278280  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: SURIAM      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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MIRIUS VELLOSO GOMES 11 ANOS

Início da Triagem: 17:43:29.

Fim da Triagem: 17:43:37.

*Marius*

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

RELATA QUEDA HJ NA ESCOLA, TRAUMA EM MSD 1º DEDO DA MÃO

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 08/04/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1611368 DATA: 08/04/2024 17:55  
USUÁRIO.....: HALAN.PRESA  
ATENDIMENTO: 1418779 DT NASC: 03/04/2013 (11A 0M 6D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1015193 - MAIRUS VELLOSO GOMES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CTALO.: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

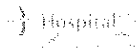
\*1418779\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

|                                  | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA) | 1   |         |    |     |            |               |
| Obs.: DOLGAR AP PERFIL           |     |         |    |     |            |               |

HALAN GIRARDI PRESA  
CRM: 19208



PRESCRIÇÃO.: 1611375 DATA: 08/04/2024 18:28  
USUÁRIO....: HALAN.PRESA  
ATENDIMENTO: 1418779 DT NASC: 03/04/2013 (11A 0M 6D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1015193 - MAIRUS VELLOSO GOMES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*1418779\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### PROCEDIMENTOS MEDICOS

|                                                     | Qtd | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|-----------------------------------------------------|-----|------------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. LUVA GESSADA INFANTIL                        | 1   |            |    |     |            | [08/04] . 18:28 |
| -> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND           | 1   | UNIDADE    | ✓  |     |            |                 |
| -> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND | 1   | UNIDADE    | ✓  |     |            |                 |
| -> ATADURA GESSADA 08CM X 2M UND                    | 3   | UNIDADE    | ✓  |     |            |                 |
| -> MALHA TUBULAR 04CM X 25M CM                      | 30  | CENTIMETRO | ✓  |     |            |                 |

HALAN GIRARDI PRESA  
CRM: 19208

Dr. Halan Girardi Presa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 19208

Período de 08/04/2024 a 08/04/2024

Atendimento: 1418779 MAIRUS VELLOSO GOMES

Nascimento: 03/04/2013

Mãe: SURIAM VELLOSO

Internação: 08/04/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00677911

Data: 08/04/2024

Hora: 18:56

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.  
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.  
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 ATADURA DE CREPE 10 CM

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 8 CM

30 CM MALHA TUBULAR 4 CM

SHIRLEY TORREANI

Téc. de Enfermagem

COREN-PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1384846

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1418779    Prontuário: 1015193    SAME: 1015193    Hora Atend: 17:46    Data Atend:08/04/2024  
Paciente..... : MAIRUS VELLOSO GOMES    Idade: 11 a  
Endereço..... : HAYTON DA SILVA PEREIRA  
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA  
Cidade..... : CURITIBA    UF.: PR    CEP: 82810170  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 08/04/2024    Hora Saída : 18:31  
Prestador da Evolução Médica: 34    HALAN GIRARDI PRESA

**HDA**

SOFREU QUEDA JOGANDO QUEIMADA  
HOJE COM TRAUMA EM POLEGAR

**EXAME FISICO**

DOR EDEMA EM 1 MF  
ESTAVEL

**DIAGNOSTICO**

FRAT DE DFP DO POLEGAR  
SALTER HARRIS 2

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRAT DE DFP DO POLEGAR  
SALTER HARRIS 2

**TRATAMENTO**

LUVA GESSADA  
MEI9DCCÃO  
ORTO PEDIATRIA

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador

Dr. Halan Girardi Presa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 12219

HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1418779    **Prontuário:** 1015193    **SAME:** 1015193    **Hora Atend:** 17:46    **Data Atend:** 08/04/2024  
**Paciente..... :** MAIRUS VELLOSO GOMES    **Idade:** 11 a  
**Endereço..... :** HAYTON DA SILVA PEREIRA  
**Bairro..... :** CAPAO DA IMBUIA  
**Cidade..... :** CURITIBA    **UF..:** PR    **CEP:** 82810170  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal..... :** S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída..... :** 08/04/2024    **Hora Saída :** 18:31

**Prestador da Evolução Médica:** 34    **HALAN GIRARDI PRESA**

**HDA**

SOFREU QUEDA JOGANDO QUEIMADA  
HOJE COM TRAUMA EM POLEGAR

**EXAME FISICO**

DOR EDEMA EM 1 MF  
ESTAVEL

**DIAGNOSTICO**

FRAT DE DFP DO POLEGAR  
SALTER HARRIS 2

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRAT DE DFP DO POLEGAR  
SALTER HARRIS 2

**TRATAMENTO**

LUVA GESSADA  
MEI9DCÇÃO  
ORTO PEDIATRIA

30722349 Fratura de falanges - tratamento conservador

HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dr. Halan Girardi Presa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 19208