

Atendimento: 1522873 - MARIA CECILIA DE NASCIMENTO Lote: 1920493 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 24942 Validade.:08/03/2025
Senha.....: 24942 Autoriz.:08/03/2025
Carteira.: 2791369 Validade.: 09/03/2025 Titular...: MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
: RUA BERNARDO OZINSKI

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
08/03/2025	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
08/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **24942**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/03/2025		5 - Senha 24942	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24942	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791369		9 - Validade da Carteira 09/03/2025	
10 - Nome MARIA CECILIA DE NASCIMENTO		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 ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 45201		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 08/03/2025	
23 - Indicação Clínica PACIENTE TRAZIDA PELO PAI. REFERE QMN COM TRAUMA EM 5º QDE. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DE IFP;			
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 08/03/2025 18:58 18:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 08/03/2025 20:00 20:00 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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	



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

2 - Nº Guia no Prestador **24942**

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			
8 - Número da Carteira 2791369		9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
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 ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201
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 20/03/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qt. Solic. 1	
		28 - Qt. 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 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Original (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			
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			

Assinatura de
Ana Carolina da Silva
CRM 27315 / TFO 1000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Cecília Matos Bueno
Nº da Carteira: 2.79.1369
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 24/08/2017

Nº da Guia: 24942



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2025	17:23:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna caiu e bateu o dedo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joana	07/03/2025

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 aluna foi atendida corretamente, colocamos gelo no local da batida, aluna ainda esta com dor no local da batida, encaminhamos a aluna para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe e a mesma já esta ciente do ocorrido.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Cecília Matos Bueno
Nº da Carteira: 2.79.1369
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 24/08/2017

Nº da Guia: 24942



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2025	17:23:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	5º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna caiu e bateu o dedo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joana	07/03/2025

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 aluna foi atendida corretamente, colocamos gelo no local da batida, aluna ainda esta com dor no local da batida, encaminhamos a aluna para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe é a mesma já esta ciente do ocorrido.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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 24942

Folha: 1 / 1

1 - Registro RPS 0		2 - Função Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
6 - Data Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791369		9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados da Solicitação			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/03/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt Solic 1
			28 - Qt Autoriz 0
Dados do Contratado Executante			
29 - Código da Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qtd	43 - Vlr
44 - Tec	45 - It. Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sec. Ref.	49 - Gr. Prof.	50 - Código na operação (CPF)	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA OLIVEIRA
08/03/2025 19:02:18

Atendimento: 1522873 Data do Atendimento: 08/03/2025
Prontuário: 1036602 Nome: MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
Sexo: FEMININO Idade: 7 Data de Nascimento: 24/08/2017
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997883884
Rua: RUA BERNARDO OZINSKI Numero 360 CEP: 83320570
Bairro: PINEVILLE Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791369
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GUSTAVO DOS SANTOS Parentesco: PAI

- 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 : MARIA CECILIA MATOS BUENO 7 ANOS

Início da Triagem: 18:52:29.

Fim da Triagem: 18:53:27.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 5º DEDO DA MÃO HÁ 1 DIA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: bpm

FR: rpm

Tax: °C

SatO2: %

ECG:

Dor:

Data: 'gabriel.

ANDREIA.OLIVEIRA

PREScrição.: 1725125 DATA: 08/03/2025 20:00
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1522873 DT NASC: 24/08/2017 (7A 6M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1036602 - MARIA CECILIA DE NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/03/2025 18:58 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA 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***1522873*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 5° QDE AP + PERFIL	1						


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1522873 **Prontuário:** 1036602 **SAME:** 1036602 **Hora Atend:** 18:58 **Data Atend:** 08/03/2025
Paciente..... : MARIA CECILIA DE NASCIMENTO **Idade:** 7 a
Endereço..... : RUA BERNARDO OZINSKI
Bairro..... : PINEVILLE
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83320570
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 09/03/2025 **Hora Saída :** 00:38

Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

PACIENTE TRAZIDA PELO PAI. REFERE QMN COM TRAUMA EM 5° QDE. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE IFP;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUMENTO DE VOLUME E DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO VOLAR DE 5° QDE. ADM PASSIVA PRESERVADA, ADM ATIVA DOLOROSA MAS PRESERVADA. NV PRESERVADO. RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO 5° QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO 5° QDE

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA;


Dr. Abner B. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1522873

Pedido.....: 863446

Paciente.....: MARIA CECILIA DE NASCIMENTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 08/03/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

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.

16 de Marco de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149