

Atendimento: 1207158 - MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA Lote: 1427575 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
Guia.....: 1207158 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira...: 0000 Validade.: 31/12/2022 Titular...: MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA
: COLONIA SAO VENANCIO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,87
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MEDICAMENTOS	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99
Total da Conta:						66,86

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2022	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	3	0,2916	0,87
Total :					0,87

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	FABIO HENRIQUE GOMES DE F - 36483 04808561921	CLINICO				
Total :						65,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2022	07003395 SOL CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML ISOFARMA	AMP	2	0,4950	0,99
Total :					0,99

Total Geral: 66,86



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

2 - Nº Guia no Prestador

6044

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 6044	
4 - Data de Autorização 05/05/2022		5 - Senha 6044		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		9 - Nome do Contratado		10 - Nome	
8 - Número da Carteira 0000		31/12/2022		MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 36483	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 05/05/2022		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE. RELATA QUE COLEGIO LIGOU QUE FILHA MACHUCOU A MAO NA CARTEIRA DO C	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.	
Dados do Contratado Execitante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora 76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		3005585	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 10		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta 2		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 05/05/2022 17:29 17:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

1 - Registro ANS	2 - Numero da Guia Referenciada
000000	6044

000000

Dados do Contratado Executante

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

3005585

Despesas Realizadas

6-CD 17- Registro	7-Data ANVISA do Material	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela 18-Referência do material no fabricante	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$ 19-Nº Autorização de Funcionamento	16-Valor Total - R\$
2 - 03	05/05/2022	17:29:00	a	17:29:00	19 70176035	3	036	1.00	0.29	0.87
20 - Descrição: COMPRESSA 7.5CMX7.5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013										
3 - 02	05/05/2022	17:29:00		17:29:00	20 90303156	2	001	1.00	0.49	0.99
20 - Descrição: SOLUCAO FISIOLOGICA DE CLORETO DE SODIO EQUIPLEX 0.9% 10ML										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0,00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0,99
23 - Total de Materiais (R\$)	0,87
24 - Total de OPME (R\$)	0,00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00
26 - Total de Diárias (R\$)	0,00
27 - Total Geral (R\$)	1,86

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1427575

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria de Lourdes Bridarolli da Silva

Nº da Carteirinha: 2.11.7875

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 27/12/2018

Nº da Guia: 6044



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2022	15:00:00	Sala de Aula	Aula de música

O que aconteceu	Partes do corpo
Corte na mão	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em aula de música, foi subir em cima da carteira, caiu e a carteira caiu em cima da mão, fazendo um corte nos dedos médio e anelar da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Bruna Curcio	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola Pinto Ribeiro	05/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações

A aluna foi atendida pela monitora, que fez a higienização no local. O pai encaminhará a aluna ao hospital para atendimento.

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


Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria - Ato 06/2019

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

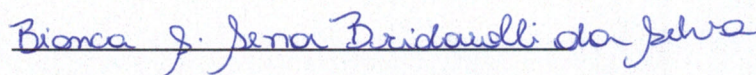
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
05/05/2022 17:29:44

Atendimento: 1207158 Data do Atendimento: 05/05/2022
Prontuário: 977712 Nome: MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 3 Data de Nascimento: 27/12/2018
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:
Rua: COLONIA SAO VENANCIO Numero 380 CEP: 83505060
Bairro: VILA SAO PEDRO Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 0000
Médico: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS CRM: 36483
Responsável: BIANCA SKARLET DE SENA 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

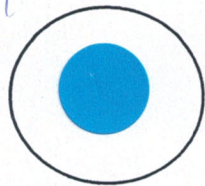
**ETIQUETA DO PACIENTE**

Maua de Lourdes B. da S.
14 kg.

Início da Triagem:

17 : 23 h

Final da Triagem:

17 : 24 h**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

Trauma em 3º e 4º dedo mão D

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: _____MUCs: não**SINAIS VITAIS:**PA : _____ X _____ mmHg FC 110 bpm FR 20 rpm Tax: _____ °C SatO2 96 %GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: 2 E. GLASGOW: 15**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

VERMELHO (IMEDIATO) ● AMARELO (30 MINUTOS) ○
VERDE (90 MINUTOS) ● AZUL (120 MINUTOS) ●

RISCOSQUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

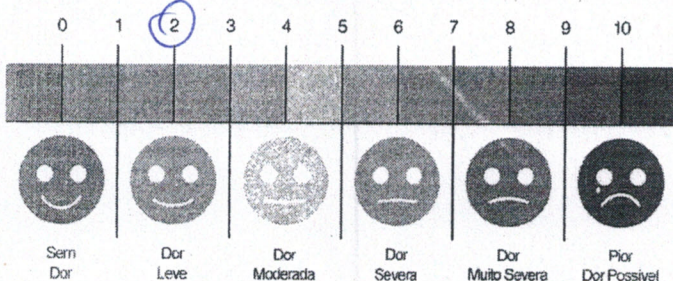
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

Keli Cristiana Penteado
Enfermeira
COREN-PR 552.011

Keli

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1207158 **Prontuário:** 977712 **SAME:** 977712 **Hora Atend:** 17:29 **Data Atend:** 05/05/2022
Paciente..... : MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA **Idade:** 3 a
Endereço..... : COLONIA SAO VENANCIO
Bairro..... : VILA SAO PEDRO
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF..:** PR **CEP:** 83505060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S619 - FERIMENTO DO PUNHO E DA MAO, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/05/2022 **Hora Saída :** 20:05

Prestador da Evolução Médica: 1444 **FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE. RELATA QUE COLEGIO LIGOU QUE FILHA MACHUCOU A MÃO NA CARTEIRA DO COLEGIO

EXAME FISICO

FERIMENTO EM REGIÃO DIGITAL DE 3º QDD DIREITO, PUNTIFORMES, NV DISTAL PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FERIMENTO%DEDO%

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FERIMENTO%DEDO%

TRATAMENTO

CURATIVO

ORIENTAÇÕES

RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALRME

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1368408 DATA: 05/05/2022 18:13
USUÁRIO....: FABIO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1207158 DT NASC: 27/12/2018 (3A 4M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 977712 - MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/05/2022 17:29 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS SERVIÇO: SALA 2 ORTOPEDIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S619 FERIMENTO DO PUNHO E DA MAO, PARTE NAO ESPECIFICADA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1207158

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 C.C. CURATIVO SIMPLES M	1					[05/05]	18:13
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	2	AMPOLA					
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	3	UNIDADE					
C/5 UND ESTERIL							
-> MICROPORE 10MM X 10M CM	40	CENTIMETRO					

Dr. Fábio H. G. de Freitas
MÉDICO
CRM 36483

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS
CRM: 36483

Período de 05/05/2022 a 05/05/2022

Atendimento: 1207158 MARIA DE LOUDERS BRIDAROLLI DA SILVA

Nascimento: 27/12/2018

Mãe: BIANCA SKARLET DE SENA

Internação: 05/05/2022 CID: S619 FERIMENTO DO PUNHO E DA MAO, PARTE NAO ESPECIFICADA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: SALA 2 ORTOPEDIA

Médico: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS

Evolução/Anotação: 00567797

Data: 05/05/2022

Hora: 18:31

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, QUEIXANDO-SE DE DOR PARA CONSULTA COM O MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO CURATIVO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

02 SF 0,9% 10 ML

03 GAZE 7,5/7,5

40 CM DE MICROPORE

1489 JANAINE SUBTIL DE LIMA

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 15606178

Nascimento: 27/12/2018