

Atendimento: 1324228 - MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA Lote: 1610502 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 11792 Validade.:07/06/2023
Senha.....: 11792 Autoriz.:07/06/2023
Carteira...: 2377674 Validade.: 30/12/2023 Titular....: MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA
: CID DE OLIVEIRA FRANCO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 11792

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 07/06/2023	5 - Senha 11792	6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11792	
8 - Número da Carteira 2377674	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45739	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE DOR EM 5 QDE APOS TRAUMA DIRETO NA TARDE DE HOJE , NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC	
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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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			
1 07/06/2023 20:07 22 10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		
2 07/06/2023 21:07 22 40803120	RX - XRAO OU QUIRODACTILO		
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
001 1.0 65.00			
001 1.0 39.83			
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)			
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 -
2 -	4 -	6 -	8 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 104.83 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 Medicinas (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 104.83			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Victor Soares de Oliveira

Nº da Carteira: 2.37.7674

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 25/09/2019

Nº da Guia: 11792



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2023	16:51:00	Sala de Aula	Porta

O que aconteceu	Partes do corpo
Fechou a porta no dedo	4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava na sala e o colega fechou a porta nos dedos.

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
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11792

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
07/06/2023

5 - Senha

11792

6 - Data de Validade da Senha

11792

8 - Número da Carteira
2377674

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Gabriel Friaça
Cardoso
MÉDICO

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

CRM/PR 46356

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final
1 07/06/2023 20:07 20:07

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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

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
1 - / / 3 - / / /
2 - / / 4 - / / /

5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /
6 - / / / 8 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Autuas (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 Gera (R\$)

65.00

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 11792

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 07/06/2023	5 - Sembr 11792
---------------------------------------	--------------------

6 - Data de Validade da Sembr 11792	7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora 11792
--	--

12 - Atendimento a RN N

8 - Número da Carteira 2377674	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	--	---	---

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 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/06/2023	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
--	----------------	------------------------------------

Dados do Contrato Executante	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 07/06/2023 20:07 22	39 - Tabela 10101039	40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	41 - Descrição 42 - Qlde. 001	43 - Via 001	44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 65.00	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 65.00
---	--	-------------------------	---	-------------------------------------	-----------------	------------------	---------------------------	------------------------------	---------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	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\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (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				

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1324228**Pedido.....:** 742753**Paciente.....:** MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**Data do Exame.:** 07/06/2023

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.

12 de Junho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA
07/06/2023 20:07:00

Atendimento: 1324228 Data do Atendimento: 07/06/2023
Prontuário: 998419 Nome: MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 3 Data de Nascimento: 25/09/2019
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: CID DE OLIVEIRA FRANCO Numero 180 CEP: 82930010
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377674
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANDREIA REIS 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, DPME 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.

5 - 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.

X 
Paciente e/ou Responsável

Salvo

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1324228 **Prontuário:** 998419 **SAME:** 998419 **Hora Atend:** 20:07 **Data Atend:** 07/06/2023
Paciente..... : MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA **Idade:** 3 a
Endereço..... : CID DE OLIVEIRA FRANCO
Bairro..... : CAJURU **UF...:** PR **CEP:** 82930010
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO **Hora Saída :** 12:07
Data Saída..... : 08/06/2023
Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE DOR EM 5 QDE APOS TRAUMA DIRETO NA TARDE DE HOJE , NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLAD A, NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVRE , AUMENTO DE VOLUME E DOR

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE QDD

TRATAMENTO

ORIENTO , ALIVIO GELADO REPOUSO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1500824 DATA: 07/06/2023 21:07
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1324228 DT NASC: 25/09/2019 (3A 8M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998419 - MATEUS VICTOR SOARES DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/06/2023 20:07 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA 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:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1324228*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP +OBLQ						

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356