Atendimento: 1517110 - MATHEUS DE LIMA PACHECO Lote: 1911661 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: MATHEUS DE LIMA PACHECO
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 24346 Validade.:
Senha.....: Autoriz..:
Carteira..: 2791947 Validade.: 17/02/2025 Titular...: MATHEUS DE LIMA NASCIMENTO
: JOAO ALCEU FIALA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	105,18	0,00	0,00	0,00	0,00	105,18
TAXAS	47,30	0,00	0,00	0,00	0,00	47,30
EXAMES E DIAGNOSTICOS	106,74	0,00	0,00	0,00	0,00	106,74
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
					Total da Conta:	**339,22**

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
17/02/2025	08002517	ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	2	12,5542	25,11
17/02/2025	08002523	ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	4	12,3400	49,36
17/02/2025	08002774	MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0329	0,99
17/02/2025	08007089	ATADURA CREPE 15CM X 1,8M	RL	4	7,4300	29,72
					Total :	105,18

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento		Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
02000018	TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	47,3000	47,30
					Total :	47,30

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF		Unid./Ativ.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
17/02/2025	40804054	JOELHO	EXAME	2	35,5845	71,16
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
17/02/2025	40804089	ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
					Total :	106,74

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total

Atendimento: 1517110 - MATHEUS DE LIMA PACHECO Lote: 1911661 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
17/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 339,22

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	24346

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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						19-Nº Autorização de Funcionamento	
5 -	07	17/02/2025	19:50:00	a	19:50:00	18	60023236	1	036	1.00	47.30	47.30
20 - Descrição:	TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.											
6 -	03	17/02/2025	19:50:00		19:50:00	19	70034141	4	045	1.00	7.43	29.72
20 - Descrição:	ATADURA CREPE 15CMX1,8MT 13FIOS NBR14056 H00115											
7 -	03	17/02/2025	19:50:00		19:50:00	19	70034583	4	045	1.00	12.34	49.36
20 - Descrição:	ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M											
8 -	03	17/02/2025	19:50:00		19:50:00	19	70034702	2	045	1.00	12.55	25.11
20 - Descrição:	Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 15cm x 1,8											
9 -	03	17/02/2025	19:50:00		19:50:00	19	70861919	30	038	1.00	0.03	0.99
20 - Descrição:	Malha Tubular Ortopedica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEDICA NEVE 6,0CM X 25,0M											

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0.00	0.00	105.18	0.00	47.30	0.00	152.48

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 05/03/2025 11:27:03 Conta/Lote: 1911661 Atendimento: 1517110 Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1911661

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

2 - Nº Guia no Prestador 24346

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
17/02/2025	24346		24346

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2791947	17/02/2025	MATHEUS DE LIMA PACHECO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA	06	45739	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/02/2025	TRAUMA HOJE NA ESCOLA COM TRAUMA DE JOELHO E TORNOZELO A DIREITA DOR LOCAL

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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
11	9		

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 17/02/2025	19:50	19:50	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 18/02/2025	01:03	01:03	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	35.58	35.58
3 18/02/2025	01:03	01:03	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	35.58	35.58
4 18/02/2025	01:03	01:03	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	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$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	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$)
186.74	47.30	105.18	0.00	0.00	0.00	339.22

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

Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 05/03/2025 11:27:02 Conta/Lote: 1911661 Atendimento: 1517110 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1911661

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

LUCINEIA.ALVES
17/02/2025 23:24:49

Atendimento: 1517110 Data do Atendimento: 17/02/2025
Prontuário: 1013260 Nome: MATHEUS DE LIMA PACHECO
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 23/02/2013
RG: CPF: 13253790932 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998918474
Rua: JOAO ALCEU FIALA Numero 109 CEP: 83040470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791947
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: APARECIDA PACHECO ALMEIDA Parentesco: AVO (A)

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 : MATHEUS DE LIMA PACHECO, 11 ANOS

Início da Triagem:19:41:55.
Fim da Triagem:19:45:58.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

PACIENTE RELATA QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO E TORNOZELO DIREITO HJE, VEM HOSPITAL PARA AVERIGUAÇÃO DO TRAUMA E ALGIA NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:61bpm FR:19rpm Tax:35,8ºC SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 17/02/2025.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus de Lima Pacheco
Nº da Carteirinha: 2.79.1947
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 23/02/2013 | **Nº da Guia:** 24326

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	17:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	Braço Direito, Joelho Direito

Descrição

O aluno estava em aula de educação física quando caiu no chão, machucou o joelho e o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joana, Igor, Altair	17/02/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido corretamente, colocamos gelo no local, consequentemente o aluno ainda esta com muita dor, encaminhamos o aluno para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe e a mesma 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: Matheus de Lima Pacheco
Nº da Carteirinha: 2.79.1947
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 23/02/2013 | **Nº da Guia:** 24326

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2025	17:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	Braço Direito, Joelho Direito

Descrição

O aluno estava em aula de educação física quando caiu no chão, machucou o joelho e o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joana, Igor, Altair	17/02/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido corretamente, colocamos gelo no local, consequentemente o aluno ainda esta com muita dor, encaminhamos o aluno para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe e a mesma 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 24346

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2791947		MATHEUS DE LIMA PACHECO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/02/2025	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22 10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
	HOSPITAL XV LTDA	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 Unitário (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	64 - Código CBO

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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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

Impresso por: LUCINEIA.ALVES Data/Hora: 17/02/2025 23:25:10 Conta/Lote: Atendimento: 1517110 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

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

2 - Nº Guia no Prestador 24346

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2791947		MATHEUS DE LIMA PACHECO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	17/02/2025	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
	HOSPITAL XV LTDA	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 Unitário (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	64 - Código CBO

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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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

Impresso por: LUCINEIA.ALVES Data/Hora: 17/02/2025 23:25:10 Conta/Lote: Atendimento: 1517110 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO

(1) ortopedia ( ) cínica médica

(1) convênio ( ) particular

Data: 17 / 02 / 2025 Hora: 19 : 50

NOME: Matheus de Lima Pacheco

DATA DE NASCIMENTO: 23/02/2013 CPF 132.537.909-32 SEXO ( ) FEM. (1) MASC.

RG: 15.131.671-9 TELEFONES: 51.98860 7042

RUA: João Alcu Fiola apto 6 Nº: 309

BAIRRO: Parque da Fonte CEP: 83050315 CIDADE: São José dos Pinhais

CONVÊNIO: CÓD. CARTEIRINHA:

RESPONSÁVEL: Jessica Jonek de Lima Pacheco PARENTESCO: mãe

EVOLUÇÃO MÉDICA

Assinatura do Paciente

Assinatura Médica

Missão: Prestar atendimento e assistência médica hospitalar em diversas especialidades, com credibilidade, eficiência e atenção à sociedade, sendo referência em Ortopedia e Traumatologia.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 15.131.671-9

POLEGAR DIREITO

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **15.131.671-9** DATA DE EXPEDIÇÃO: 18/10/2017

NOME: **MATHEUS DE LIMA PACHECO**

FILIAÇÃO: JHONNY DE JESUS PACHECO DOS SANTOS
JESSICA JANETE DE LIMA

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 23/02/2013

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, PORTÃO
C.NASC=82858, LIVRO=409A, FOLHA=237

CPF: 132.537.909-32

CURITIBA/PR

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
DIRETOR

É PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Estado do Paraná
Secretaria de Estado da Segurança Pública

Nome / Name
JESSICA JANETE DE LIMA PACHECO

Nome Social / Social Name

Registro Geral-CPF / Personal Number
081.638.239-50

Sexo / Sex
F

Data de Nascimento / Date of Birth
18/02/1993

Nacionalidade / Nationality
BRA

Naturalidade / Place of Birth
CURITIBA/PR

Validade / Expiry
11/07/2034

Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PRESCRIÇÃO.: 1718631 DATA: 18/02/2025 01:02
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1517110 DT NASC: 23/02/2013 (11A 11M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1013260 - MATHEUS DE LIMA PACHECO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2025 19:50 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1517110

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) 40804054	1					
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) 40804054	1					
3 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1					

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1719217 DATA: 18/02/2025 15:33
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1517110 DT NASC: 23/02/2013 (11A 11M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1013260 - MATHEUS DE LIMA PACHECO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2025 19:50 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1517110

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 C.C. TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR INFANTIL-60023236	1					[18/02] . 15:33
|-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND	4	UNIDADE				
|-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	2	UNIDADE				
|-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	4	UNIDADE				
|-> MALHA TUBULAR 08CM X 25M CM	100	CENTIMETRO				
|-> MICROPORE 25MM X 10M CM	30	CENTIMETRO				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital)
CRM-PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

1517110

Hospital XV — PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prontuário: 101 3260 Nome: Matheus de Lima Rocha Data Prescrição: ___/___/___

Dr. Alex W. Chocial da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

Setor: ___ Leito: ___ Nome do Médico/Assinatura ___ CRM: ___

Farmácia		Médico		Enfermagem	
Código Produto	Quant. total	Data/Hora	Prescrição Médica	Quant.	Horários
			Atadura gazeda 10 cm	04	20:30 cada 15 por 79
			atadura crepe 15 cm	04	
			algodão ortopedico 15 cm	02	
			malha tubular	01	

Enfermagem ___ Conferência

Secretária ___ Lançamento

Hospital XV

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prontuário: _____ Nome: Matheus de Lima Pacheco Data Prescrição: ___/___/___

Quarto: _____ Leito: _____ Nome do Médico/Assinatura _____ CRM: _____

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

Farmácia		Médico		Enfermagem	
Código Produto	Quant. total	Data/Hora	Prescrição Médica	Quant.	Horários
			Atadura gessada 10 cm	04	
			atadura crepe 15 cm	04	
			algodão ortopedico 15 cm	02	
			malha tubular	01	

Enfermagem

Secretária

Conferência

Lançamento

NOME DO PACIENTE:	APTO:	LEITO:	Nº DO PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
	EXAMES E PROCEDIMENTO:		

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1517110 **Prontuário:** 1013260 **SAME:** 1013260 **Hora Atend:** 19:50 **Data Atend:**17/02/2025
Paciente..... : MATHEUS DE LIMA PACHECO **Idade:** 11 a
Endereço..... : JOAO ALCEU FIALA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... :SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83040470
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/02/2025 **Hora Saída** :01:46

Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA
TRAUMA HOJE NA ESCOLA COM TRAUMA DE JOELHO E TORNOZELO A DIREITA
DOR LOCAL

EXAME FISICO
PELE INTEGRA
INCAPAZ DE APOIAR CARGA TOTAL
ADM DE JOELHO DOLOROSA, COM RESTRICAO A FLEXAO APOS 80 GRAUS
DOR A PALPAÇAO DE CONDILO FEMORAL MEDIAL
APARELHO EXTENSOR INTEGRO
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO
CONTUSAO DE JOELHO E TORNOZELO D

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO DE JOELHO E TORNOZELO D

TRATAMENTO
IMOBILIZACAO COM TALA INGUINOPEDICA
SEM CARGA
ANALGESIA
ORIENTO ACOMPANHAMENTO PRECOCE NESTA SEMANA COM ORTOPEDIATRA PARA REAVALIAÇAO
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período de 18/02/2025 a 18/02/2025

Atendimento: **1517110 MATHEUS DE LIMA PACHECO** Nascimento: 23/02/2013
Mãe: JESSICA JANETE DE LIMA
Internação: 17/02/2025 CID:
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: PLANTONISTA

Evolução/Anotação: 00723669 Data: 18/02/2025 Hora: 00:00

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO TALA GESSADA EM MEMBRO MID.REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAIS UTILIZADOS:
04 ATADURA DE CREPE 10 CM
02 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 CM
04 ATADURAS GESSADAS 10 CM
30 CM MALHA TUBULAR 10 CM
60 CM DE MICROPORE

Aparecida de F. do Nascimento
Téc. Enfermagem
COREN-PR 199.079

0103 APARECIDA DE FATIMA DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 199079

Atendimento....: 1517110
Pedido.....: 859783
Paciente.....: MATHEUS DE LIMA PACHECO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
Data do Exame.: 18/02/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior, perfil e axial da patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Atendimento....: 1517110
Pedido.....: 859783
Paciente.....: MATHEUS DE LIMA PACHECO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
Data do Exame.: 18/02/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO TORNOZELO DIREITO

???????
Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Atendimento....: 1517110
Pedido.....: 859783
Paciente.....: MATHEUS DE LIMA PACHECO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
Data do Exame.: 18/02/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior, perfil e axial da patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Lesão óssea com aspecto bolhoso e esclerótico, sugestivo de osteocondroma no epicôndilo medial do fêmur esquerdo medindo 13mm x 11mm,

Densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642