

Atendimento: 1436403 - MATHEUS LARA DE LIMA Lote: 1786314 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHEUS LARA DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 18163 Validade.:28/05/2024
Senha.....: 18163 Autoriz.:28/05/2024
Carteira.: 3302807 Validade.: 12/12/2024 Titular.: MATHEUS LARA DE LIMA
: ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						99,81

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 99,81



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

2 - Nº Guia no Prestador **18163**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 28/05/2024	5 - Senha 18163	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18163

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38421	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 28/05/2024	23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM MAO ESQ HOJE
---	---	--

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 28/05/2024	14:20	14:20	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 28/05/2024	14:36	14:36	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	34.81	34.81

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\$) 99.81	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\$) 99.81
---	---	--	---	---	---	--

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Lara de Lima
Nº da Carteira: 3.30.2807
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 01/09/2011

Nº da Guia: 18163

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	11:16:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava jogando futebol no intervalo, foi pegar a bola e o colega chutou o seu dedo. Aplicou gelo, fez tala e voltou para sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Miqueias	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosangela	28/05/2024

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 e passado para a orientação.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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 Lara de Lima
Nº da Carteira: 3.30.2807
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 01/09/2011 **Nº da Guia:** 18163

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2024	11:16:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno relata que estava jogando futebol no intervalo, foi pegar a bola e o colega chutou o seu dedo. Aplicou gelo, fez tala e voltou para sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Miqueias	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosangela	28/05/2024

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 e passado para a orientação.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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 **18163**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 28/05/2024	5 - Senha 18163
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18163

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024
10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

*Dr. Ricardo S. Falavinha Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421*

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/05/2024	23 - Indicação Clínica
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 emergência 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.
1 28/05/2024	14:20	14:20	22	10	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001
						1.0
						65.00
						65.00

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 - / /	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 OPME (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
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **18163**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 28/05/2024	5 - Senha 18163
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18163

8 - Número da Carteira 3302807	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome MATHEUS LARA DE LIMA	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 PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Jr. Ricardo S. Falavinha Jr</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 38421

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/05/2024	23 - Indicação Clínica
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 (casualidade ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Modalidade de Atendimento 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 - Tec.	45 - Fator R/Ace	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1	28/05/2024	14:20			22	10101039	CONSULTA EM PRON...	001				65.00	65.00

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 -	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 OPME (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 <i>[Assinatura]</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

Atendimento.....: 1436403

Pedido: 809778

Paciente.....: MATHEUS LARA DE LIMA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

Data do Exame.: 28/05/2024

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

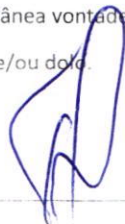
30 de Maio de 2024

Dr(a). CAOÉ HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

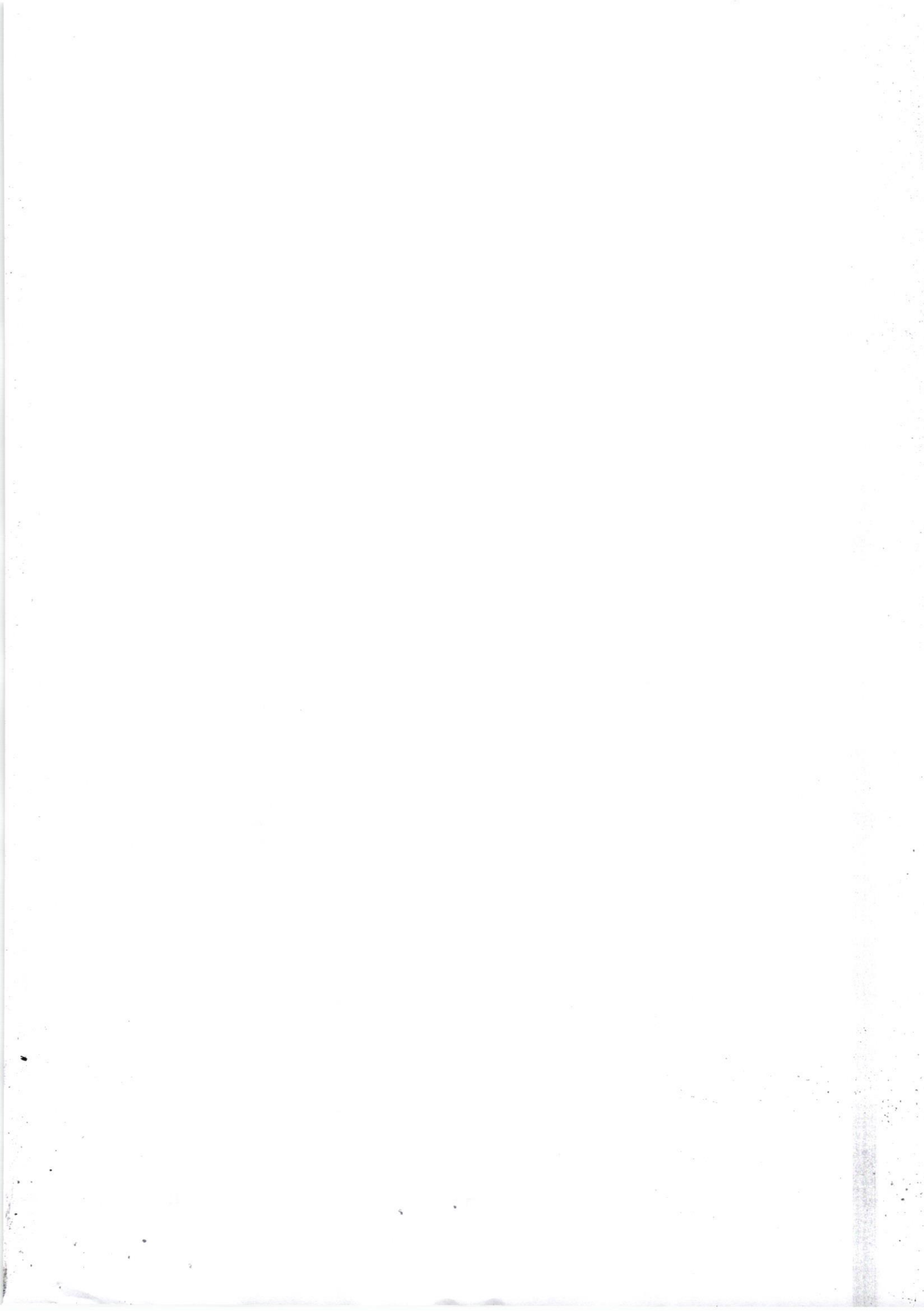
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
28/05/2024 14:26:39

Atendimento: 1436403 Data do Atendimento: 28/05/2024
Prontuário: 1018936 Nome: MATHEUS LARA DE LIMA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 01/09/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999336225
Rua: ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS Numero CEP: 83535000
Bairro: BOA VISTA Cidade: CAMPO MAGRO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3302507
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FLAVIO FERNANDES DE LIMA 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



Paciente : MATHEUS LARA DE LIMA, 12 ANOS

Início da Triagem: 14:13:04.

Fim da Triagem: 14:15:38.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO ESQUERDA, RELATA ALGIA NO 3º DEDO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXICICILINA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 68bpm FR: rpm Tax: 35,2°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 27/05/2024.

LARISSA ROCHA

PRESCRIÇÃO.: 1630167 DATA: 28/05/2024 14:36
USUÁRIO....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1436403 DT NASC: 01/09/2011 (12A 8M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1018936 - MATHEUS LARA DE LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2024 14:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR 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:

1436403**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

Obs.: 3 QDE AP+P

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1436403	Prontuário: 1018936	SAME: 1018936	Hora Atendimento: 14:20	Data Atendimento: 28/05/2024
Paciente.....	MATHÉUS LARA DE LIMA				
Endereço.....	ESTRADA PRINCIPAL MEIA LUA DOS FREITAS				
Bairro.....	BOA VISTA				
Cidade.....	CAMPO MAGRO				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	28/05/2024				
Prestador da Evolução Médica:	1165	RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR			
Hora Saída :	14:47				

HDA
TRAUMA DIRETO EM MAO ESQ HOJE

EXAME FISICO
DOR EM ART IFF DO 3QD
EDEMA 1+/4+. EQUIMOSE
ADM

DIAGNOSTICO
CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO
ANALGESIA
GELO

ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUITA ADOTADA.
RECOMENDO RETORNO IMEDIATO AO PS SE PIORA, PERSISTÊNCIA, MUDANÇA DE PADRÃO OU SINAIS
DE ALERTA

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA