

Atendimento: 1544330 - MAX FELIPE GARCIA Lote: 1953189 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MAX FELIPE GARCIA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
 Guia.....: 28245 Validade.:13/05/2025
 Senha.....: 28245 Autoriz.:13/05/2025
 Carteira.: 28245 Validade.: 11/11/2025 Titular....: MAX FELIPE GARCIA
 : ADILIO RAMOS

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
13/05/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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
13/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **28245**

Folha: 1 / 1

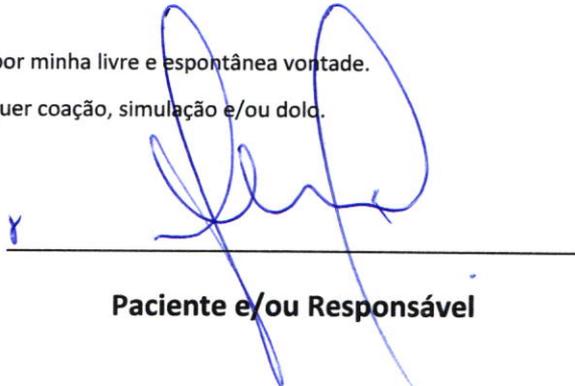
1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 13/05/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28245													
5 - Senha 28245		6 - Data de Validade da Senha													
Dados do Beneficiário															
9 - Validade da Carteira 11/11/2025		10 - Nome MAX FELIPE GARCIA													
8 - Número da Carteira 28245		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N													
Dados do Solicitante															
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA		17 - Número no Conselho 45739													
		18 - UF 41													
		19 - Código CBO 225270													
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados															
21 - Caráter do Atendimento 2		23 - Indicação Clínica DOR EM 2 PDD HOJE APOS FUTEBOL NAO RECORDA TRAUMA													
22 - Data da Solicitação 13/05/2025		27 - Qt.Solic. 28													
24 - Tabela		28 - Qi.Autoriz.													
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial															
Dados do Contratado Essencial															
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
31 - Código CNES 3005585															
Dados do Atendimento															
32 - Tipo Atendimento 11		34 - Tipo de Consulta 9													
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento													
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados															
56 - Data a 37 - Hr. Inicial a 38 - Hr. Final a 39 - Tabela a 40 - Procedimento 41 - Descrição															
1	13/05/2025	14:05	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd.	43 - Vi a 44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total					
2	13/05/2025	14:15	22	40804097	RX - PE OU PODOACTILLO	001	1.0	1.0	80.00	80.00					
						001	1.0	1.0	35.58	35.58					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)															
48 - Sq. Ref.		49 - Cr. Pat		50 - Cód na operador a/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 -		10 -		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		115.58	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -		63 - Total de Medicamentos (R\$)		0.00		65 - Total Geral (R\$)	
58 - Observação / Justificativa				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\$)	
				0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		115.58	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado							

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
13/05/2025 14:08:38

Atendimento: 1544330 Data do Atendimento: 13/05/2025
Prontuário: 1002460 Nome: MAX FELIPE GARCIA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 16/06/2011
RG: CPF: 10170129977 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: ADILIO RAMOS Numero 2487 CEP: 82820100
Bairro: BAIRRO ALTO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 28245
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALEXANDRE VASEL GARCIA 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Max Felipe Garcia
Nº da Carteira: 2.78.882
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 16/06/2011

Nº da Guia: 28245

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2025	10:34:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
Na aula de ed. física o aluno estava jogando bola e acabou batendo o dedão no chão sem perceber exatamente como foi, porém está sentindo muita dor sem conseguir encostar no chão e nem dobrar os dedos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Paloma	(41) 99740-7510

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Adriana	13/05/2025

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
O aluno foi atendido pela monitora Adriana, colocado gelo no local ele deve ser encaminhado para o hospital de referência.

Ass.: _____

Patrícia Biscaia Bonachine

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 **28245**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização 13/05/2025

5 - Senha 28245

6 - Data de Validade da Sanite 28245

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 28245

8 - Numero da Carteira 28245

9 - Validade da Carteira 11/11/2025

10 - Nome MAX FELIPE GARCIA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código do Operadora 76530518000107

14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Numero no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 13/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Profissional Solicitante

29 - Código na Operadora 76530518000107

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC 3005585

32 - Tipo Atendimento 11

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00

60 - Total de Taxas e Ausúdas (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPRM (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Jr. Alex W. Cinola da Rocha
MEDICO
CRM 27.203/SP
8 - Qt. Autoriz.



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

2 - Nº Guia no Prestador 28245

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização 13/05/2025

5 - Senha 28245

6 - Data de Validade da Senha

7 - Numero da Guia Arribuido pela Operadora 28245

8 - Numero da Carteira 28245

9 - Validade da Carteira 11/11/2025

10 - Nome MAX FELIPE GARCIA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código do Operadora 76530518000107

14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional 06

17 - Numero no Conselho 0000

18 - UF 41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 13/05/2025

Dados do Atendimento		Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	23 - Indicação Clínica
11	9		
Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		
1 13/05/2025 14:05 14:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001 80.00 80.00		
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 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
		9 - / /	10 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Arquivos (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMF (R\$)
80.00	0.00	0.00	0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	
0.00	0.00	80.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Alex M. Chocia da Rocha
CRM 45.738-3/SP

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1544330 **Prontuário:** 1002460 **SAME:** 1002460 **Hora Atend:** 14:05 **Data Atend:**13/05/2025
Paciente..... : MAX FELIPE GARCIA **Idade:** 13 a
Endereço..... : ADILIO RAMOS
Bairro..... : BAIRRO ALTO
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82820100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...** UNICO
CID Principal..... : S901 - CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/05/2025 **Hora Saída :** 18:52

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

DOR EM 2 PDD HOJE APOS FUTEBOL
NAO RECORDA TRAUMA

EXAME FISICO

DOR NO 2 PDD
EIXO OK
PELE INTEGRAL
TENDONES INTEGROS
NV PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE DESVIO OU FRATURA

DIAGNOSTICO

FRATURA DE 2 PDD - LESAO FISARIA SHI

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE 2 PDD - LESAO FISARIA SHI

TRATAMENTO

IMOBILIZACAO COM ESPARADRAPAGEM
ANALGESIA
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

PRESCRIÇÃO.: 1747277 DATA: 13/05/2025 14:14
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1544330 DT NASC: 16/06/2011 (13A 10M 30D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1002460 - MAX FELIPE GARCIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/05/2025 14:05 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S901 CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

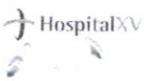
1544330

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1						
Obs.: AP + OBLIQ							

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739



PRESCRIÇÃO.: 1747294 DATA: 13/05/2025 14:39
 USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
 ATENDIMENTO: 1544330 DT NASC: 16/06/2011 (13A 10M 28D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1002460 - MAX FELIPE GARCIA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 13/05/2025 14:05 0 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.....: S901 CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1544330

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. ESPARADRAPAGEM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	10 CENTIMETRO				[13/05]	14:39

*maria
362285*

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
 MÉDICO

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
 CRM: 45739

Período de 13/05/2025 a 13/05/2025

Atendimento: **1544330 MAX FELIPE GARCIA** Nascimento: 16/06/2011
Mãe: SILMARA GALVAO
Internação: 13/05/2025 CID: S901 CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00735298

Data: 13/05/2025

Hora: 17:14

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ESPARADRAPAGEM DE MEMBRO. REALIZADO PELO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAL UTILIZADO:
10 CM DE ESPARADRAPO

Otávio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1544330

Pedido.....: 876613

Paciente.....: MAX FELIPE GARCIA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 13/05/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO PÉ DIREITO**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Espaços articulares preservados.

09 de Junho de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618