

Atendimento: 1332259 - MELISSA LIMA SILVA Lote: 1623039 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MELISSA LIMA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 11983001 Validade.:03/08/2023
Senha.....: 11983001 Autoriz.:03/08/2023
Carteira.: 368308 Validade.: 30/09/2023 Titular....: MELISSA LIMA SILVA
: FLORES DAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/07/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 11983001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/08/2023

5 - Semia

6 - Data de Validade da Semie

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11983001

8 - Número da Carteira
368308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MELISSA LIMA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
SILVIO NEUPERT MASCHKE

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho
9551

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
03/08/2023

23 - Indicação Clínica

2 SEM TALA II QDD / FX SEM DESVIO

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contratado Especiente

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)

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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 06/07/2023 09:18 09:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(es) Especiente(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 Casos 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Melissa Lima Silva

Nº da Carteira: 3.6.8308

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 08/05/2006

Nº da Guia: 11983.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/07/2023	07:52:56	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna estava na aula de educação física realizando a atividade de vôlei, acabou levando um chute da colega na mão direita sendo a região afetada o segundo dedo da mão direita. Acidente ocorreu ontem dia 21 de junho de 2023, foi prontamente atendida mas não procurou atendimento médico. região está levemente inchada, com dificuldades para realizar movimentos usando o dedo, realizado o procedimento de tala nos dois atendimentos, assim como colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	22/06/2023

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

Motivo do Retorno
Autorização de retorno da aluna ao Hospital XV, na especialidade de ortopedia como orientado anteriormente no próprio hospital, com o médico doutor Ivan Pancheniak no dia 6 de julho de 2023 (seis de julho de dois mil e vinte e três), as 10:30 (dez horas e trinta minutos).

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Jaques H. Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

<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



2 - N° Guia no Prestador **4586321**

Folha: 1 / 1

Folha: 1 / 1

3 - Número da Guia Principal 000000		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha			
Dados do Beneficiário		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 368308		9 - Validade da Carteira 30/09/2023		N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado			
13 - Código da Operadora 76530518000107		HOSPITAL XV LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/07/2023		19 - Código CBO	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt Solic.		28 - Qt Autoriz.			
Dados do Contratado Excitante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
23 - Código na Operadora 76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		3005585	
Dados do Atendimento		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
04		9		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 06/07/2023 09:18		22 10101039		001 1.0 65.00 65.00	
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			
1 -		3 -		5 -	
2 -		4 -		6 -	
59 -		7 -		8 -	
9 -		10 -			
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
65.00		0.00		0.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
65 - Total Geral (R\$)		64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
65.00		0.00		65.00	
Impresso por: VINICIUS.HARAI		Data/Hora: 06/07/2023 09:19:47		Atendimento: 1332259	
		Conta/Lote: 1623039		Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA	



2 - Nº Guia no Prestador 4586321

Folha: 1 / 1

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 30/09/2023		10 - Nome MELISSA LIMA SILVA	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 368308		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 06/07/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz	
Dados do Contratado Excusante		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 ou doença relacionada		34 - Tipo de Consulta 1	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Enerramento do Atendimento		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Conselho Prof 63 - Número do Conselho 64 - UF 65 - Código CBO		66 - Assinatura do Contratado	
1 06/07/2023 09:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		52 - Conselho Prof 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 65.00	
58 - Observação / Justificativa		60 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 63 - Total de OPME (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 65.00	
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		69 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: VINICIUS HAR201 Data/Hora: 06/07/2023 09:19:47 Contato: 1622030

Impresso por: VINICIUS.HARAI

Data/Hora: 06/07/2023 09:19:47

Conta/Lote: 1623039

Atendimento: 1332259

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CIRURGIA

* C C C C C A *

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
06/07/2023 09:19:35

Atendimento: 1332259 Data do Atendimento: 06/07/2023
Prontuário: 999066 Nome: MELISSA LIMA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 08/05/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996618997
Rua: FLORES DAS Numero 1224 CEP: 83411370
Bairro: PARQUE MONTE CASTELO Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368308
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1332259 **Prontuário:** 999066 **SAME:** 999066 **Hora Atend:** 09:18 **Data Atend:** 06/07/2023
Paciente..... : MELISSA LIMA SILVA **Idade:** 17 a
Endereço..... : FLORES DAS
Bairro..... : PARQUE MONTE CASTELO
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83411370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/07/2023 **Hora Saída :** 09:30

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

2 SEM TALA II QDD / FX SEM DESVIO

EXAME FISICO

RETIRO A TALA
SEM DOR
LIMITAÇÃO DA FLEXAO

DIAGNOSTICO

FX DA FM DO II QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX DA FM DO II QDD

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
ALTA

SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia - Traumatologia
CRM 9551 - CPF 401.469.399-00

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA