

Atendimento: 1533560 - MURILLO RODRIGUES ROCHA Lote: 1936911 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MURILLO RODRIGUES ROCHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
Guia.....: 27192 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 33571155 Validade.: 08/04/2025 Titular.: MURILLO RODRIGUES ROCHA
: AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCCO DE 1 A 99998

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
08/04/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
08/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUCAS ANTONIO FERRAZ MARC - 35267 08362974907	CLINICO				
					Total :	80,00

Total Geral: 115,58

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPÉDICOLUCINEIA.ALVES
08/04/2025 19:33:42

Atendimento: 1533560 Data do Atendimento: 08/04/2025
Prontuário: 1038842 Nome: MURILLO RODRIGUES ROCHA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 11/07/2012
RG: 139946782 CPF: 10858132907 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996672530
Rua: AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCO DE 1 A 99º Numero 2341 CEP: 83407000
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 33571155
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLEONICE RODRIGUES DE MELLO DA ROC 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, 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**



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

2 - Nº Guia no Prestador 27192

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
08/04/2025

5 - Senha

27192

6 - Data de Validade da Senha

27192

7 - Número da Guia

8 - Número da Carteira
33571155

9 - Validade da Carteira

08/04/2025

10 - Nome

MURILLO RODRIGUES ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

N

12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

35267

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/04/2025

23 - Indicação Clínica

PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM 3º QDD DURANTE PARTIDA DE FUTEBOL NA

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. 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 - D- at a 37- Hr. Inicial al 38- Hr. Final al 39- T- deol a 40- Procedimento 41- Descrição

1 08/04/2025 19:30 19:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 08/04/2025 19:48 19:48 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Ql. de. 43 - Vi a 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 80.00 80.00

001 1.0 35.58 35.58

Identificação do(a) profissional(ais) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 - / /

2 - / / 4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

115.58

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\$)

115.58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Murillo Rodrigues Rocha
Nº da Carteira: 3.357.1155
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 11/07/2012

Nº da Guia: 27192

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2025	17:26:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Estava jogando bola com os colegas, quando ao tentar realizar uma defesa, a bola acabou batendo em seu dedo o torcendo, foi colocado gelo no local, mas continua com dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	08/04/2025

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

Entrado em contato com a família.

Ass.:


Larissa Lima Silva

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

> *Clonada de nota fiscal*

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MURILLO RODRIGUES ROCHA, 12 ANOS

Início da Triagem: 19:28:40.

Fim da Triagem: 19:29:51.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA ESTAVA JOGANDO BOLA COM OS COLEGAS E QUANDO TENTOU REALIZAR DEFESA A BOLA ACABOU BATENDO EMS EU DEDO E ACONTECEU ENTORSE 3 DEDO DA MÃO DIREITA HOJE, VEM HOSPITAL POR INCOMODO AO MOBILIZAR O MEMBRO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:80bpm FR:20rpm Tax:36,5°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 08/04/2025.

Enfermeiro (a) Lucas Corrêa



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

2 - Nº Guia no Prestador 27192

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
33571155

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MURILLO RODRIGUES ROCHA

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

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
08/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (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: LUCHEIAVALVES Data/Hora: 08/04/2025 19:33:59 Central: Cnt. Atendimento: 1533560 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 27192

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

33571155

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MURILLO RODRIGUES ROCHA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Sinc.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - UF

54 - UF

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: LUCINEIA L VES

Data Hora: 08/04/2025 19:33:59

Contat. CIE:

Arquivo: 1533560

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

PRESCRIÇÃO.: 1735984 DATA: 08/04/2025 19:48
USUÁRIO.....: GABRIELLY.MACHADO
ATENDIMENTO: 1533560 DT NASC: 11/07/2012 (12A 8M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038842 - MURILLO RODRIGUES ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2025 19:30 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1533560*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						

Obs.: AP + PERFIL + OBLIQUA 3° QDD

DRA. GABRIELLY LEONEL
MÉDICA
CRM-PR 58.139

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO
CRM: 58139

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1533560 Prontuário: 1038842 SAME: 1038842 Hora Atend: 19:30 Data Atend: 08/04/2025
Paciente..... : MURILLO RODRIGUES ROCHA Idade: 12 a
Endereço..... : AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCCO DE 1 A 99998
Bairro..... : GUARAITUBA
Cidade..... : COLOMBO UF.: PR CEP: 83407000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2025 Hora Saída : 23:26
Prestador da Evolução Médica: 1787 LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM 3º QDD DURANTE PARTIDA DE FUTEBOL NA ESCOLA.

EXAME FISICO

3º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA POR AVULSÃO DE 3º QDD
RX COM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA POR AVULSÃO DE 3º QDD
RX COM FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME
TALA METALICA POR 2 SEMANAS - 30722420
ATESTADO DE ATIVIDADE FISICA POR 15 DIAS

Dr. Lucas Antônio Ferraz Marcon
Médico
CRM-PR 35267

LUCAS ANTONIO FERRAZ MARCON / 35267
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1533560 **Prontuário:** 1038842 **SAME:** 1038842 **Hora Atend:** 19:30 **Data Atend:** 08/04/2025
Paciente..... : MURILLO RODRIGUES ROCHA **Idade:** 12 a
Endereço..... : AVENIDA PREFEITO JOAO BATISTA STOCCO DE 1 A 99998
Bairro..... : GUARAITUBA
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83407000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/04/2025 **Hora Saída :** 23:26
Prestador da Evolução Médica: 2270 **GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE. REFERE TRAUMA CONTUSIONAL EM 3º QDD DURANTE PARTIDA DE FUTEBOL NA ESCOLA.

EXAME FISICO

3º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA POR AVULSÃO DE 3º QDD
RX COM FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA POR AVULSÃO DE 3º QDD
RX COM FRATURA

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM GOTAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME
TALA METALICA POR 2 SEMANAS
ATESTADO DE ATIVIDADE FISICA POR 15 DIAS

GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO / 58139
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1533560

Período.....: 869953

Paciente.....: MURILLO RODRIGUES ROCHA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIELLY LEONEL RIBAS MACHADO

Data do Exame.: 08/04/2025

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura avulsão da base da falange distal.

23 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639