Atendimento: 1549922 - NATHALIA EDITH LUCAS Lote: 1961689 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: NATHALIA EDITH LUCAS
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES / 53107
Guia.....: 28934 Validade.:29/05/2025
Senha.....: 28934 Autoriz..:29/05/2025
Carteira..: 3357337 Validade.: 10/10/2025 Titular...: NATHALIA EDITH LUCAS
: TRAVESSA MURTEDE

---

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 | Vl Unitario | Vl Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 29/05/2025 | 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC | EXAME | 1 | 35,5845 | 35,58 |
| | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | | | | |
| | | | | Total : | 35,58 |

## HONORARIOS MEDICOS

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

| Data | Procedimento / Prestador - CRM - CPF | Unid./Ativ. | %Proc. | Qtde | Vl Unitario | Vl Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29/05/2025 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO | UND | 100,00% | 1 | 80,0000 | 80,00 |
| | EDUARDO VON MUHLEN COLINI - 53107 07819195924 | CLINICO | | | | |
| | | | | | Total : | 80,00 |

**Total Geral: 115,58**

HospitalXV

# FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

RX

E

FERNANDA.SOUZA
29/05/2025 17:58:22

Atendimento: 1549922 Data do Atendimento: 29/05/2025
Prontuário: 1042110 Nome: NATHALIA EDITH LUCAS
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 18/11/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992345065
Rua: TRAVESSA MURTEDE Numero 91 CEP: 83408660
Bairro: SANTA TEREZINHA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357337
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.

Paulo Gilmar Lucas

**Paciente e/ou Responsável**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Nathalia Edith Lucas
**Nº da Carteirinha:** 3.357.337
**Instituição:** Colégio Adventista Colombo

**Data de Nascimento:** 18/11/2008 **Nº da Guia:** 28934

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 29/05/2025 | 16:05:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**) | Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita |

**Descrição**

Durante a aula de educação física estava jogando bola quando levou uma rasteira, o que lhe fez cair no chão, batendo a mão direita com força, seu terceiro dedo desta mão, está bem dolorido, retornou a sala de aula, pois disse querer ficar até o final do período letivo, mas foi orientada a retornar caso necessário. Se queixa de um pouco de dor ao fechar a mão, assim como apresenta um inchaço leve no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Professor Andre | (41) 3028-5451 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Monitora Larissa | 29/05/2025 |

| 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<br>(41) 3218-2181 |

**Observações**

Entramos 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

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

2 - Nº Guia no Prestador **28934**

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 |
|---|---|---|---|
| 29/05/2025 | 28934 | | 28934 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 3357337 | 10/10/2025 | NATHALIA EDITH LUCAS | | 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 | | Dr. Eduardo Colini Médico CRM - PR 9145 CRM SC 35397 |

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 29/05/2025 | |

| 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 29/05/2025 | 17:56 | 17:56 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001 | | | 1.0 | 80.00 | 80.00 |

**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 - __/__/__ _____ 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$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 80.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 80.00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | + Paulo Silvar Lucas | |

Impresso por: FERNANDA.SOUZA Data/Hora: 29/05/2025 17:58:38 Conta/Lote: 1961689 Atendimento: 1549922 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*1961689*

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

**2 - Nº Guia no Prestador** 28934

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 Atribuido pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 29/05/2025 | 28934 | | 28934 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 3357337 | 10/10/2025 | NATHALIA EDITH LUCAS | | 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 | | |

Dr. Eduardo Colini
Médico
CRM - PR 5.317
CRM - SC 5.537

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 29/05/2025 | |

| 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 29/05/2025 | 17:56 | 17:56 | 22 | 10101039 | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 001 | | 1.0 | | 80.00 | 80.00 |

**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 - ___/___/_____ _____ 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$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 80.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 80.00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | Paulo Silmar Lucas | |

Impresso por: FERNANDA.SOUZA Data/Hora: 29/05/2025 17:58:38 Conta/Lote: 1961689 Atendimento: 1549922 Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*1961689*

PRESCRIÇÃO.: 1753059 DATA: 29/05/2025 18:15
USUÁRIO....: EDUARDO.COLINI
ATENDIMENTO: 1549922 DT NASC: 18/11/2008 (16A 6M 10D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1042110 - NATHALIA EDITH LUCAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/05/2025 17:56 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES 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:

*1549922*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 | 1 | | | | | |
| **Obs.:** *AP + OBLIQ MAO P 2 E 3 DEDO* | | | | | | |

EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES
CRM: 53107

## DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

**Atendimento**..... : 1549922 **Prontuário:** 1042110 **SAME:** 1042110 **Hora Atend:** 17:56 **Data Atend:**29/05/2025
**Paciente**..... : NATHALIA EDITH LUCAS **Idade:** 16 a
**Endereço**..... : TRAVESSA MURTEDE
**Bairro**..... : SANTA TEREZINHA
**Cidade**..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83408660
**Convênio**..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
**CID Principal**.....: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
**CID's Secundários.** :
**Resultado**.....: ALTA APOS CONSULTA
**Data Saída**..... : 29/05/2025 **Hora Saída** : 18:43

**Prestador da Evolução Médica: 2269 EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES**

**HDA**
QMN COM TRAUMA DE 2 E 3 QDD HÁ ALGUMAS HORAS. EVOLUIU COM DOR LEVE EM MF

**EXAME FISICO**
2 E 3° QDD
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR LEVE À PALPAÇÃO EM MF
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

**DIAGNOSTICO**
CONTUSAO 2 E 3 QDD

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**
CONTUSAO 2 E 3 QDD

**TRATAMENTO**
RX SEM FRATURAS
PRESCREVO LISADOR
RETORNO SE SINAIS DE ALARME

Dr. Eduardo Colini
Médico
CRM - PR 5.515
RQE - SC 35397

EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES / 53107
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Atendimento....:** 1549922
**Pedido.....:** 879980
**Paciente.....:** NATHALIA EDITH LUCAS
**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
**Médico Sol.....:** EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES
**Data do Exame.:** 29/05/2025

# RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

03 de Junho de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639