

Atendimento: 1487776 - NATHAN MANFRINI GUALBERTO Lote: 1866388 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NATHAN MANFRINI GUALBERTO  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006  
Guia.....: 22960 Validade.:26/11/2024  
Senha.....: 22960 Autoriz.:26/11/2024  
Carteira.: 22960 Validade.: 31/12/2025 Titular.: NATHAN MANFRINI GUALBERTO  
: RUA MARIA ANTONIETA DOS SANTOS

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
<b>Total da Conta:</b>						<b>115,58</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/11/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
<b>Total :</b>					<b>35,58</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 115,58**



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

2 - Nº Guia no Prestador 22960

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 26/11/2024	5 - Senha 22960	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22960								
<b>Dados do Beneficiário</b>											
8 - Número da Carteira 22960	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome NATHAN MANFRINI GUALBERTO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N							
<b>Dados do Solicitante</b>											
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DALEFFE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 56006	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
<b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/11/2024	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI REFERE QUE SOFREU TRAUMA TORCIONAL EM 5º QDE HOJE NA ESCOLA, JOGANI									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.							
<b>Dados do Contratado Executante</b>											
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585						
<b>Dados do Atendimento</b>											
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
<b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>											
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 07/11/2024	18:07	18:07	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 07/11/2024	18:41	18:41	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.58	35.58
<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>											
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				
<b>Dados de Realização de Procedimentos em Série</b>											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 - / /	3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /		11 - / /		
2 - / /	4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /		12 - / /		
<b>58 - Observação / Justificativa</b>											
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					

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES  
07/11/2024 18:11:5C

Atendimento: 1487776      Data do Atendimento: 07/11/2024  
Prontuário: 1029193      Nome: NATHAN MANFRINI GUALBERTO  
Sexo: MASCULINO      Idade: 15      Data de Nascimento: 14/04/2009  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA MARIA ANTONIETA DOS SANTOS      Numero 780      CEP: 83331000

Bairro: MARIA ANTONIETA      Cidade: PINHAIS      UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 22960

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

**HOSPITAL XV DE CURITIBA**

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



Paciente : NATHAN MANFRINI GUALBERTO

Início da Triagem:17:52:42.

Fim da Triagem:17:54:24.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

REFERE TRAUMA EM DEDO MÃO ESQUERDA DURANTE JOGO, APRESENTA EDEMA LOCAL E DIFICULADE DE MOVIMENTO

**Comorbidades:** .

**MUC:** MONTELAIR

**ALERGIAS:**NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:bpm    FR:rpm    Tax:°C    SatO2:%    ECG:    Dor:

Data: REFERE.

PATRICIA LEAL

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Nathan Manfrini Gualberto  
**Nº da Carteira:** 2.37.4953  
**Instituição:** Colégio Adventista Centenário - EIEFM

**Data de Nascimento:** 14/04/2009      **Nº da Guia:** 22960

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	10:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

## Descrição

O aluno estava fazendo aula de educação física jogando handebol e acabou atingindo o dedo mindinho. Foi colocado bastante gelo no local.

## Testemunha da ocorrência

Professor Glauton

## Telefone

(41) 3051-8660

## Quem prestou primeiros socorros

Isabele

## Data

07/11/2024

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 pela monitora Isabele e encaminhado para o Hospital de referência. Foi comunicado o familiar.

  
Nailson Veras  
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **5429283**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>22960</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2025</b>	10 - Nome <b>NATHAN MANFRINI GUALBERTO</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>				
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>0000</b>	18 - UF <b>41</b>	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**Leonardo Daleffe Freitas**  
Médico  
CRM-PR 56006

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

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>07/11/2024</b>	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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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 07/11/2024	18:07	18:07	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 CRO
------------	------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

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\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

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/ISADT**

2 - Nº Guia no Prestador **5429283**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS <b>000000</b>	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

**Dados do Beneficiário**

8 - Número da Carteira <b>22960</b>	9 - Validade da Carteira <b>31/12/2025</b>	10 - Nome <b>NATHAN MANFRINI GUALBERTO</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN <b>N</b>
--	---	---	---	-----------------------------------

**Dados do Solicitante**

13 - Código da Operadora <b>76530518000107</b>	14 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	 <b>Leonardo Daleffe Freitas</b> Médico CRM-PR 56009			
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>PLANTONISTA</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>				17 - Número no Conselho <b>0000</b>

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

21 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	22 - Data da Solicitação <b>07/11/2024</b>	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 <b>76530518000107</b>	30 - Nome do Contratado <b>HOSPITAL XV LTDA</b>	31 - Código CNES <b>3005585</b>
---	--	------------------------------------

**Dados do Atendimento**

32 - Tipo Atendimento <b>11</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	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 07/11/2024	18:07	18:07	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

**Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)**

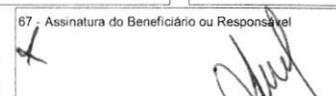
48-Sq. Ref.	49-Cr. Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
-------------	-------------	-------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------	-------	---------------

**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\$) <b>80.00</b>	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b>
---	---	--	---	---	---	--

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

PRESCRIÇÃO.: 1686136 DATA: 07/11/2024 18:41  
USUÁRIO.....: PEDRO GALVAN  
ATENDIMENTO: 1487776 DT NASC: 14/04/2009 (15A 6M 26D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1029193 - NATHAN MANFRINI GUALBERTO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 07/11/2024 18:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S600 CONTUSÃO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1487776\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: AP + P + OF 5° QDE	1						

Leonardo Daleffe Freitas  
Médico  
CRM-PR 56006

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN  
CRM: 43743

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1487776    **Prontuário:** 1029193    **SAME:** 1029193    **Hora Atend:** 18:07    **Data Atend:**07/11/2024  
**Paciente**..... : NATHAN MANFRINI GUALBERTO    **Idade:** 15 a  
**Endereço**..... : RUA MARIA ANTONIETA DOS SANTOS  
**Bairro**..... : MARIA ANTONIETA  
**Cidade**..... : PINHAIS    **UF.:** PR    **CEP:** 83331000  
**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    **Hora Saída :**23:58  
**Data Saída**..... : 07/11/2024  
**Prestador da Evolução Médica:** 2100    **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI  
REFERE QUE SOFREU TRAUMA TORCIONAL EM 5° QDE HOJE NA ESCOLA, JOGANDO BASQUETE.  
APRESENTA DOR LOCAL.

**EXAME FISICO**

5° QDE  
Sem deformidades, com aumento de volume, pele intacta  
Dor à palpação em IFP  
Tendões integros  
Nv preservado

**DIAGNOSTICO**

CONTUSAO DEDO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

CONTUSAO DEDO

**TRATAMENTO**

Prescrevo analgesia, esparadrapagem. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra se persistência do quadro.



Leonardo Daleffe Freitas  
Médico  
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1487776

Registro.....: 841457

Paciente.....: NATHAN MANFRINI GUALBERTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 07/11/2024

---

## RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

10 de Novembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO  
CRM 30639