

Atendimento: 1239444 - NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE Lote: 1477749 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 1239444 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira...: 2376692 Validade.: 31/12/2022 Titular...: NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE
: RORAIMA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/08/2022	40804011 BACIA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2376692

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE

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
06

17 - Número no Conselho
9551

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/08/2022

23 - Indicação Clínica
QUEDA NA ESCOLA / DOR QUADRIL ESQ ?

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado - Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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
1 25/08/2022 17:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 25/08/2022 17:28 22 40804011 RX - BACIA

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 1.0 30.64 30.64

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
95,64

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\$)
95,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathan Perini Lima de Andrade

Nº da Carteirinha: 2.37.6692

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 12/03/2014

Nº da Guia: 7510



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/08/2022	15:44:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Perna Esquerda

Descrição
O aluno, estava correndo, no pátio principal da escola, no momento do seu intervalo, teve uma queda e bateu a perna do lado esquerdo na altura da canela e a linha de cintura, também do mesmo lado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rosangela da Silva Raimundo	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Robson	25/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
O aluno, foi atendido pelo monitor da unidade escolar. Em seguida, foi realizado contato com a mãe do aluno, que o conduzirá até o Hospital de Referência.

Ass.:

Alexandro Gaspar
/ice Diretor Escolar
CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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 1239444

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

SILVIO NEUPERT MASCHKE

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

9551

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Marcelo Asmelli

MÉDICO

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

CRM-PR 38.371 - RPP 79.67

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

25/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql Solic.

1

28 - Ql Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento 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 / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (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: REBECA GOMES

Data/Hora: 25/08/2022 17:17:23

Contat. doc

Atendimento: 1239444

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 1239444

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE

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

SILVIO NEUPERT MASCHKE

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

9551

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Exames / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Quid 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Ref / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (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: REBECA GOMES

Data Hora: 25/08/2022 17:17:23

Contal.cte

Atendimento: 1239444

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Atendimento.....: 1239444
692009

Paciente.....: NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 25/08/2022

RADIOGRAFIA DA BACIA

Exame realizado na incidência AP.

Os seguintes aspectos foram observados:

Ausência de desalinhamento ósseo nas estruturas avaliadas.

30 de Agosto de 2022

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
25/08/2022 17:16:18

Atendimento: 1239444 Data do Atendimento: 25/08/2022
Prontuário: 983340 Nome: NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 12/03/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RORAIMA

Numero 748

CEP: 82940330

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376692

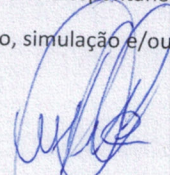
Médico: SILVIO NEUPERT MASCHKE

CRM: 9551

Responsável: WANERSSA PERINI LIMA DE ANDRADE

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

ETIQUETA DO PACIENTE

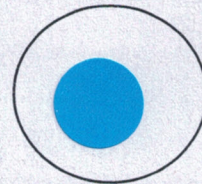
NATHIAN ANDRADE (084.)

Início da Triagem:

12 : 07 h

Final da Triagem:

12 : 09 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

+1- 08 HORAS DEBATA Q.M.N. DURANTE CORRIDA EM COLEÇÃO HA'

CRISTA ILIACA (E)

→ HEMATOMA → DOR

COMORBIDADES :

HAS []	CARDIOPATIA []	DISLIPIDEMIAS []	LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM []	PNEUMONIA []	NEOPLASIAS []	DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA []	OUTRAS []		

ALERGIAS: NÃO [x] SIM [] QUAIS: _____

MUCs: /

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmHg FC 84 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 98 %

GLICEMIA: _____ mg/dl

ESCALA DE DOR: _____

E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)



AMARELO (30 MINUTOS)



VERDE (90 MINUTOS)



AZUL (120 MINUTOS)



RISCOS

QUEDA: NÃO [x] SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem
DorDor
LeveDor
ModeradaDor
SeveraDor
Muito SeveraPior
Dor Possível

Matheus Dallagrana Paraizo

Enfermeiro

Coren/PR 728052

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1239444 **Prontuário:** 983340 **SAME:** 983340 **Hora Atend:** 17:13 **Data Atend:** 25/08/2022
Paciente..... : NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE
Endereço..... : RORAIMA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/08/2022
UF..: PR **CEP:** 82940330
Plano...: UNICO
Hora Saída : 18:14
Prestador da Evolução Médica: **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

QUEDA NA ESCOLA / DOR QUADRIL ESQ ?

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO NA CRISTA ILIACA ESQ
ADM DO QUADRIL ESQ: NORMAL
RX BACIA AP

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO ILIACO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO ILIACO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
GELO
IBUPROFENO GTS
ATESTADO ESCOLA 2 DIAS

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1404810 DATA: 25/08/2022 17:28
USUÁRIO.....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1239444 DT NASC: 12/03/2014 (8A 5M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 983340 - NATHAN PERINI LIMA DE ANDRADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/08/2022 17:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE SERVIÇO: SALA 1 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 BACIA	1					

Obs.: AP

SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551