

Atendimento: 1528316 - NICOLAS ANTUNES DA SILVA Lote: 1928752 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 24802002 Validade.:25/03/2025
Senha.....: 24802002 Autoriz.:25/03/2025
Carteira.: 279906 Validade.: 12/12/2025 Titular...: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
: RUA ACRE

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

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
25/03/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/03/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO		100,00%	1	80,0000	80,00
	ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **24802002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 24802002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24802002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 279906		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome NICOLAS ANTUNES DA SILVA		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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
23 - Indicação Clínica - FX FALANGE MEDIA do 3º QD mao Esquerda ... ha +/- 01 mes			
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 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) 9	
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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 25/03/2025 09:42 09:42 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 25/03/2025 09:55 09:55 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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 - 2 - 3 - 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 RETORNO

Aluno: Nicolas Antunes da Silva Teles
Nº da Carteirinha: 2.79.906
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 01/03/2012

Nº da Guia: 24802.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/03/2025	16:50:45	Pátio	Chegada

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

Descrição

Aluno relatou que estava andando e tropeçou, quando caiu e se apoiou com a mão no chão, torceu o dedo. Consequentemente está inchado, um pouco roxo e com dor.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Rogério

Data

28/02/2025

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

O aluno precisou retornar ao medico para fazer um raio X e novas consultas.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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 24802002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 24802002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24802002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 279906		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome NICOLAS ANTUNES DA SILVA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
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 da 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) 9	
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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 25/03/2025 09:42 09:42 22 1010112 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU FREE 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Alexandre E. Zanetti
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 20.957 - RQE 14.690
TEOT 18.663 SSOT



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

2 - Nº Guia no Prestador 24802002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 24802002	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24802002	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 279906		9 - Validade da Carteira 12/12/2025	
10 - Nome NICOLAS ANTUNES DA SILVA		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 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20957		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 25/03/2025	
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 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) 9	
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 25/03/2025 09:42 09:42 22 30101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIOS NO HORÁRIO NORMAL OU FREE 001 1,00 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 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\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AMBULATORIO
AMBULATORIOSSABRINA.SILVA
25/03/2025 09:46:37

Atendimento: 1528316 Data do Atendimento: 25/03/2025
Prontuário: 1036117 Nome: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 01/03/2012
RG: 144197429 CPF: 10239092945 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999442032

Rua: RUA ACRE Numero 250 CEP: 83040030
Bairro: BONECA DO IGUACU Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279906
Médico: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI CRM: 20957
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

PRESCRIÇÃO.: 1730924 DATA: 25/03/2025 09:55
USUÁRIO.....: ALEXANDRE.ZANETTI
ATENDIMENTO: 1528316 DT NASC: 01/03/2012 (13A OM 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1036117 - NICOLAS ANTUNES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 09:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1528316*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 3º dedo = AP + P + OBLIQUA	1					

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI
CRM: 20957

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1528316 Prontuário: 1036117 SAME: Hora Atend: 09:42 Data Atend: 25/03/2025
Paciente..... : NICOLAS ANTUNES DA SILVA Idade: 13 a
Endereço..... : RUA ACRE
Bairro..... : BONECA DO IGUAÇU
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83040030
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/03/2025 Hora Saída: 10:14

Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

HDA

- FX FALANGE MEDIA do 3° QD mão Esquerda ... há +/- 01 mês

EXAME FISICO

- Em uso de tala comprada

DIAGNOSTICO - HISTORICO

- FX FALANGE MEDIA do 3° QD mão Esquerda ... há +/- 01 mês

TRATAMENTO

1. Consulta
2. RX controle ok
3. Orientações gerais
4. Acompanhamento ambulatorial
5. Retorno ao PS s/n

ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alexandre F. Zanetti
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 10.453.5801
RQE 14.620

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1528316
Pedido.....: 866781
Paciente.....: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI
Data do Exame.: 25/03/2025

MÃO ESQUERDA**EXAME RADIOLÓGICO DA****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior, perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura na falange média do 3º dedo, desalinhada.

08 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618