

Atendimento: 1521001 - NICOLAS ANTUNES DA SILVA Lote: 1917632 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 24802 Validade.:28/02/2025
Senha.....: 24802 Autoriz.:28/02/2025
Carteira.: 279906 Validade.: 12/12/2025 Titular...: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
: RUA ACRE

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 151,16

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
28/02/2025 17:41:25

Atendimento: 1521001 Data do Atendimento: 28/02/2025
Prontuário: 1036117 Nome: NICOLAS ANTUNES DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 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: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: CRISLAINE APARECIDA ANTUNES DA SILVA, 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : NICOLAS ANTUNES DA SILVA- 12 ANOS

Início da Triagem: 17:31:49.

Fim da Triagem: 17:35:31.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, APÓS QUEDA DO MESMO NÍVEL, BATENDO A MÃO NO CHÃO, HORAS ATRÁS. ESTÁ COM TALA IMOBILIZADORA IMPROVISADA NA ESCOLA.

* ESTÁ ACOMPANHADO DA MÃE.

Comorbidades: , ASMA.

MUC: AEROLIN

ALERGIAS: MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA: 97/58 mmHg FC: 75bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 97%%
ECG: Dor:

Data: 28/02/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2025	12:50:00	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	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rogério	28/02/2025

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

Aluno foi atendido no colégio com pomada e gelo, imobilizado o dedo. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.:

José Delman Saraiva Da Silva

José Delman Saraiva Da 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 24802

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24802	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24802	
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 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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/02/2025	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36-Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição			
1 28/02/2025 17:37 17:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
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\$) 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			



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

2 - Nº Guia no Prestador **24802**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/02/2025		5 - Senha 24802	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24802	
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 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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/02/2025	
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 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 - Data 1 28/02/2025		37 - Hr. Inicial 17:37	
38 - Hr. Final 17:37		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário 80.00		47 - Valor Total 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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
8 - / /		10 - / /	
58 - Observação / Justificativa			
Resumo Financeiro			
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			

PRESCRIÇÃO.: 1722659 DATA: 28/02/2025 17:51
USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1521001 DT NASC: 01/03/2012 (12A 11M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1036117 - NICOLAS ANTUNES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2025 17:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1521001

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: 3QD AP + P + OBLIQ						
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120	1					
Obs.: 3QD AP + P + OBLIQ						

Dr. Viktor Cleto
MORAIS GIANINI

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1521001 **Prontuário:** 1036117 **SAME:** 1036117 **Hora Atend:** 17:37 **Data Atend:** 28/02/2025
Paciente..... : NICOLAS ANTUNES DA SILVA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA ACRE
Bairro..... : BONECA DO IGUAÇU
Cidade..... : SÃO JOSÉ DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83040030
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/02/2025 **Hora Saída :** 18:44

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

QUEDA AO SOLO, CONTUSÃO 3QDE.
ACOMPANHANTE: CRISLAINE (MAE) // PESO: 35KG // ALERGIA: DESCONHECE // MUC: AEROLIN

EXAME FÍSICO

BEG
3QDE COM EQUIMOSE DORSAL E VOLAR ART IFP E IFD. FLEXO-EXTENSÃO PRESERVADA, MAS REDUZIDA POR DOR.
FX FALANGE MÉDIA

DIAGNÓSTICO

FX FALANGE MÉDIA

DIAGNÓSTICO - HISTÓRICO

FX FALANGE MÉDIA

TRATAMENTO

RX + TALA METÁLICA.
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: NÃO DESEJA.
30722349

Dr. GUILHERME A.S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1521001

Pedido.....: 862090

Paciente.....: NICOLAS ANTUNES DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 28/02/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

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.

09 de Marco de 2025


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1521001

Pedido.....: 862090

Paciente.....: NICOLAS ANTUNES DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 28/02/2025

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.

09 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149