

Atendimento: 1515304 - NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI Lote: 1908814 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 24171 Validade.:12/02/2025
Senha.....: 24171 Autoriz.:12/02/2025
Carteira.: 24171 Validade.: 12/02/2025 Titular....: NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI
: RUA CASCAVEL

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	VI Unitario	VI Total
12/02/2025	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	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 **24171**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 12/02/2025		5 - Senha 24171		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24171									
8 - Número da Carteira 24171		9 - Validade da Carteira 12/02/2025		10 - Nome NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI		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 ABNER ALVES FERREIRA				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 45201		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados															
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/02/2025		23 - Indicação Clínica #ALERGIA A DIPIRONA# REFERE TRAUMA EM 5º QDD HA 1 DIA CONTRA BOLA DE VOLEI. QUEIXA-SE DE DOR EM REGI											
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 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 12/02/2025 08:43 08:43 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00															
2 12/02/2025 08:51 08:51 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 - ____/____/____ 3 - ____/____/____ 5 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 9 - ____/____/____															
2 - ____/____/____ 4 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 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							

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA SOUZA
12/02/2025 08:47:53

Atendimento: 1515304 Data do Atendimento: 12/02/2025
Prontuário: 1035013 Nome: NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 16/04/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998763397
Rua: RUA CASCAVEL Numero 1533 CEP: 83410270
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 24171
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: TUANE KRAUSE COSTA 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



HospitalXV

Paciente : NICOLAS KRAUSE C. BUCZENSKI 12 ANOS

Início da Triagem: 08:31:06.

Fim da Triagem: 08:32:51.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO, HJ NA ESCOLA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXECILINA, DIPIRONA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 65bpm FR: 17rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 12/02/2025.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Krause Costa Buczenski
Nº da Carteira: 3.357.961
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 16/04/2012

Nº da Guia: 24171

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/02/2025	17:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando voley, quando a bola bateu no quinto dedo da mão direita. Torceu o dedo para tras.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor André	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Larissa	11/02/2025

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

Foi colocado gelo no local, e posteriormente falado 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 24171

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/02/2025		5 - Senha 24171	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24171	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 24171		9 - Validade da Carteira 12/02/2025	
10 - Nome NICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI		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 <i>Dr. Abner A. Ferrelra</i> Medico CRM-PR 45201	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/02/2025	
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 12/02/2025		37 - Hr. Inicial 08:43	
38 - Hr. Final 08:43		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 80.00		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	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		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 <i>Luane Buczenski</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 24171

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/02/2025		5 - Senha 24171	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24171	
8 - Número da Carteira 24171		9 - Validade da Carteira 12/02/2025	
10 - Nome NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 12/02/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 12/02/2025 08:43 08:43 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			
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			
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 Luane Buczenski	
68 - Assinatura do Contratado			

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.841.609-02

Nome
NICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI

Nascimento
16/04/2012

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 13.950.574-3

POLÍCIA DELEGADA

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **13.950.574-3** DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/10

NOME: **NICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI**

FILIAÇÃO: ERICK BUCZENSKI
TUANE PAOLA KRAUSE COSTA

NATURALIDADE: COLOMBO/PR DATA DE NASCIMENTO: 16/04

D.O.C. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, COLOMBO
C.NASC=45981, LIVRO=133A, FOLHA=214

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PL

PREScrição.: 1716697 DATA: 12/02/2025 08:51
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1515304 DT NASC: 16/04/2012 (12A 9M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1035013 - NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/02/2025 08:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1515304

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1						
	Obs.: AP + PERFIL + OBLIQUO							

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1515304 **Prontuário:** 1035013 **SAME:** 1035013 **Hora Atend:** 08:43 **Data Atend:** 12/02/2025
Paciente..... : NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA CASCAVEL
Bairro..... : GUARAITUBA
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83410270
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 12/02/2025 **Hora Saída :** 19:03
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

#ALERGIA A DIPIRONA#
REFERE TRAUMA EM 5° QDD HÁ 1 DIA CONTRA BOLA DE VOLEI. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO MCF;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO MCF DO 5° QDD; ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DA MÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DA MÃO

TRATAMENTO

PRESCREVO PROFENID. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA PEDIATRICO, CASO PERSISTENCIA DOS SINTOMAS


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1515304

Pedido.....: 858669

Paciente.....: NIICOLAS KRAUSE COSTA BUCZENSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 12/02/2025

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da falange proximal do 5º dedo.

23 de Fevereiro de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149