

Atendimento: 1405275 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Lote: 1737947 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 15553 Validade.:28/02/2024
Senha.....: 15553 Autoriz.:28/02/2024
Carteira.: 2792038 Validade.: 30/12/2024 Titular....: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA

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
28/02/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
28/02/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	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 15553

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 28/02/2024	5 - Sentia 15553	6 - Data de Validade da Sentia 15553	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15553
---------------------------------------	---------------------	---	--

8 - Número da Carteira 2792038	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RV N
-----------------------------------	--	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
----------------------	--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante EDER HENRIQUE CORREA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45078	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/02/2024	23 - Indicação Clínica trauma em 4 QDE
---	-----------------------------------	--	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qi Solic	28 - Qi 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qrde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	28/02/2024	20:39	20:39	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	28/02/2024	21:59	21:59	22	RX - MÃO OU QUIRORRACITIDO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Bq. 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\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (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: Nicolas Rafael da Silveira Kaiper
Nº da Carteira: 2.79.2038
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 06/02/2012

Nº da Guia: 15553

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2024	13:45:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluno estava jogando basquete na aula de educação física, quando o colega jogou e ele foi pegar a bola, ela bateu no dedo e torcendo o dedo para trás. Consequentemente está com dor e o dedo está inchando.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vinicius	28/02/2024

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
Aluno foi atendido no Colégio com gelo e pomada no local. Feito contato com os pais e encaminhamento para o hospital XV.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15553

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/02/2024

5 - Sentença

15553

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
15553

8 - Número da Carteira
2792038

9 - Validade da Carteira
30/12/2024

10 - Nome
NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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 / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 de Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/02/2024 20:39 20:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00 65,00

Identificação (do(a) Profissional(a) Encarregado(a))

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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\$)
65,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPMs (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

65,00

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15553

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/02/2024

5 - Semeta

15553

6 - Data de Validade da Semeta

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
15553

8 - Número da Carteira
2792038

9 - Validade da Carteira
30/12/2024

10 - Nome
NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
76630518000107

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt Solic.
28 - Qt Autoriz.

Dados do Contratado/Estabelecimento

29 - Código na Operadora
76630518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 de Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/02/2024 20:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Especialista(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1405275
791113

Paciente.....: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 28/02/2024

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.

Edema de partes moles ao nível do 4º dedo.

06 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGÊNCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA
28/02/2024 20:41:51

Atendimento: 1405275 Data do Atendimento: 28/02/2024
Prontuário: 1012436 Nome: NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 06/02/2012
RG: 161263877 CPF: 10286891956 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984230917

Rua: JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA

Numero 107

CEP: 83040470

Bairro: AFONSO PENA

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792038

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: MARCELO MARTINS KAIPER

Parentesco: PAI

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.

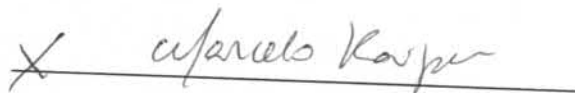
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 RAFAEL DA SLVEIRA KAIPER

Início da Triagem 20:20:21.

Fim da Triagem 20:23:54.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE LUXAÇÃO EM 4º DEDO DA MAO ESQUERDA

MENOR 12 ANOS

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:20rpm Tax:35.5°C SatO2:96% ECG:
Dor:

Data: 28/02/2024.

ENF. RODRIGO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1405275 Prontuário: 1012436 SAME: 1012436 Hora Atend: 20:39 Data Atend: 28/02/2024
Paciente..... : NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER Idade: 12 a
Endereço..... : JOSE AIRTON CORDEIRO DE LIMA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 83040470
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO Plano...: UNICO
CID's Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/02/2024
Prestador da Evolução Médica: 1811 EDER HENRIQUE CORREA Hora Saída : 01:20

HDA

traUMA em 4 QDE

EXAME FISICO

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO 4 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO 4 QDE

TRATAMENTO

TALA METALICA PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO
AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

EDER H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1596835 DATA: 28/02/2024 21:58
USUÁRIO.....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1405275 DT NASC: 06/02/2012 (12A OM 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012436 - NICOLAS RAFAEL DA SILVEIRA KAIPER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/02/2024 20:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1405275

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + OBLIQUA + PERFIL 4 QDE						

EDER H. CORREA
Médico

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078