

Atendimento: 1408857 - NICOLAS ZEQUINAO ALVES Lote: 1743530 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NICOLAS ZEQUINAO ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.: 15826 Validade.:11/03/2024
Senha.: 15826 Autoriz.:11/03/2024
Carteira.: 2377913 Validade.: 31/12/2025 Titular.: NICOLAS ZEQUINAO ALVES
: COQUEIROS DOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,93	0,00	0,00	0,00	0,00	5,93
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:						101,57

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
11/03/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
11/03/2024	08006176 TALA METALICA C/ESPUMA 16X25 MED POLAR FIX	UND	1	4,5090	4,51
Total :					5,93

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/03/2024	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
11/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 101,57



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

2 - Nº Guia no Prestador 15826

Folha 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
11/03/2024

5 - Sentença
15826

6 - Número da Carteira
2377913

7 - Validade da Carteira
31/12/2025

8 - Nome do Profissional Solicitante
NICOLAS ZEQUINAO ALVES

9 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

10 - Conselho Profissional
06

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
14115

12 - Assinatura do Profissional Solicitante
41

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
KARLA MULLER CARVALHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Cartão Nacional de Saúde
14115

18 - Assinatura do Profissional Solicitante
41

19 - Código da Operadora
76530518000107

20 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

21 - Nome do Profissional Solicitante
KARLA MULLER CARVALHO

22 - Conselho Profissional
06

Impresso por: ANA CZAKOWSKI

Data: 05/04/2024 09:52:07

Comalote: 1743530

Atendimento: 140857

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

17A3530



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	15826

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XVLTD	3005585

Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	17-Registro ANVISA do Material
					18-Referência do material no fabricante				19-Nº Autorização de Funcionamento		
3 -	03	11/03/2024	10:31:07	a	10:31:07	19	70272875				
						10	038	1.00	0.00	0.09	
20 -	Descrição	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED: HOUSE - 02900 - 25mm x 10cm - 48 rolos									
4 -	03	11/03/2024	10:31:07		19		70754276		1	0.00	4.51
									0.06	4.51	
20 -	Descrição	TALAFIX DEDO 10X02CM PEO 12UNID 924-03									
5 -	03	11/03/2024	10:31:07		19		70799172		10	0.13	1.33
									0.06	1.33	
20 -	Descrição	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4.5m									

21 - Total das Gases Médicas (R\$)	22 - Total dos Medicamentos (R\$)	23 - Total dos Materiais (R\$)	24 - Total da OPM (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	5.93	0.00	0.00	0.00	5.93

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Zequinão Alves
Nº da Carteirinha: 2.37.7913
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 08/01/2008 **Nº da Guia:** 15826

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2024	08:51:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

O aluno acabou torcendo o dedo ao receber a bola na aula de basquete.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol spray, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Paciente: Nicolas Zequinão Alves
Carteira: 2.37.7913
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 08/01/2008

Nº da Guia: 15826

Data da Ocorrência: 12/03/2024
Horário: 08:51:00
Local: Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

O paciente acabou torcendo o dedo ao receber a bola na aula de basquete.

Comunicação da ocorrência

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Unidade XV (NÃO ATENDE TRAUMA
e ORTODONTIA)

Rua XV de Novembro

222
3

Alto da Xv

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

Observações

O paciente foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo e gel spray, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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://relatamias.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

Assinado por: Nailson Veras do Nascimento

1 de 1

11/03/2024 08:57



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15826

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal								
4 - Data de Autorização 11/03/2024	5 - Senha 15826	6 - Data de Validade da Sente	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador 15826						
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2377913	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome NICOLAS ZEQUINAO ALVES	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/Procedimento e Exames Realizados		21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/03/2024	23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.					
Dados do Contratado/Estabelecimento		29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código ONES 3005585					
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Atendimento (paciente 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 1 11/03/2024 10:31 10:31 22 153.01239 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qtd. 43-Via 44-Trac. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 003 1.0 65.00						
Identificação do(a) Profissional Examinado(a)		48-Sq. Ref. 49-Gt. 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 Sala 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa							
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /									
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Autuações (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 das Casos Mediciniais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00			

Dra. Karla Miller Carvalho
CBO 114.115

*17/03/2024



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

2 - Nº Guia no Prestador 15826

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 11/03/2024	5 - Sessão 15826	6 - Data de Validade da Sanha 15826	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15826
8 - Número da Carteira 2377913		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome NICOLAS ZEQUINAO ALVES
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N		12 - Assinamento 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	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/03/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - QI Solic	28 - QI Auxiliar
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 11/03/2024 10:31 10:31 22 1010039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 201 1,0 61,00 65,00		
Assinatura do(a) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Sg. 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 CPVE (R\$) 0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Custos Médicos (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 65,00	

10064

17120000

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
11/03/2024 10:32:41

Atendimento: 1408857 Data do Atendimento: 11/03/2024
Prontuário: 865561 Nome: NICOLAS ZEQUINAO ALVES
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 08/01/2008
RG: 183526120 CPF: 10703966995 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 35287771

Rua: COQUEIROS DOS Numero 76 CEP: 82840060
Bairro: BAIRRO ALTO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377913
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FABIANE PEREIRA ZEQUINAO 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 responsável 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, 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 o término 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 crédito, conforme o caso.

6 - Os pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

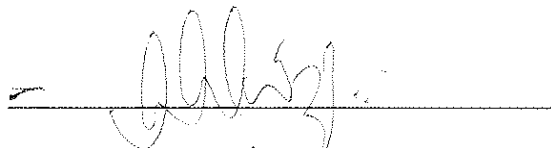
7 - O(a) paciente opta pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

8 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de crédito, acarretará não só no **registro/inclusão** do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou em qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e atualização monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.

9 - 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)**.

10 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

11 - 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 ZEQUINÃO ALES 16 ANOS

Início da Triagem:10:24:12.

Fim da Triagem:10:26:02.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TRAUMA EM MSD 5º DEDO DA MÃO COM DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:87bpm FR:17rpm Tax:°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: 11/03/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1600718 DATA: 11/03/2024 10:37
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1408857 DT NASC: 08/01/2008 (16A 2M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 865561 - NICOLAS ZEQUINAO ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/03/2024 10:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNTP. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1408857

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA) Obs.: 5º QDD AP/P	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4.5M RL -> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1 1 1 1	ROLO ✓ ROLO ✓ UNIDADE ✓				[11/03] 10:37

KARLA MULLER CARVALHO
CRM. 14115

Período de 11/03/2024 a 11/03/2024

Atendimento: 1408857 NICOLAS ZEQUINAO ALVES

Nascimento: 08/01/2000

Mãe: FABIANE PEREIRA ZEQUINAO

Internação: 11/03/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00673457

Data: 11/03/2024

Hora: 11:37

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

OTAVIO N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1408857 Prontuário: 865561 SAME: 865561 Hora Atend: 10:31 Data Atend: 11/03/2024
Paciente..... : NICOLAS ZEQUINAO ALVES Idade: 16 a
Endereço..... : COQUEIROS DOS
Bairro..... : BAIRRO ALTO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82840060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/03/2024 Hora Saída : 11:53

Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO

HDA

BOLADA NO 5º QDD HOJE. JÁ TINHA LESÃO (LUXAÇÃO-SIC).

EXAME FÍSICO

DISCRETO EDEMA
DOR A PALP DE IFP
DOR PARA MOBILIZAR

DIAGNOSTICO

FRAT DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE FALANGE

TRATAMENTO

TALA DE AL 2 SEMANAS
TORAGESIC 5 DIAS

*Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM 14115*

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA