

Atendimento: 1298990 - PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE Lote: 1570448 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE  
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417  
Guia.....: 10129 Validade.:01/04/2023  
Senha.....: 10129 Autoriz...:01/04/2023  
Carteira...: 3357572 Validade.: 30/06/2023 Titular....: PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE  
: CAMPO MOURAO

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	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
<b>Total da Conta:</b>						<b>95,64</b>

### EXAMES E DIAGNOSTICOS

#### 278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/03/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
<b>Total :</b>					<b>30,64</b>

### HONORARIOS MEDICOS

#### 298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/03/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO HELOISA ZIMMERMANN FAGGIO - 38417 08798964933	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
<b>Total :</b>					<b>65,00</b>	

**Total Geral: 95,64**



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

2 - Nº Guia no Prestador 10129

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização  
01/04/2023

8 - Número da Carteira  
3357572

13 - Código da Operadora  
76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante  
HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

21 - Caráter do Atendimento  
1

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

29 - Código na Operadora  
76530518000107

30 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

32 - Tipo Atendimento  
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

48 - Sd. 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

3 - Número da Guia Principal

5 - Semia

9 - Validade da Carteira  
30/06/2023

10 - Nome  
PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
38417

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação  
01/04/2023

23 - Indicação Clínica  
TRAUMA DIRETO 15/03 - FX SH2 DE RD - DEVIO MINIMO AO EXAME DOR NA PALPACAO DO RADIO DISTAL, REGIAO D

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

6 - Data de Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

31 - Código CNI

31 - Código CNI  
3005585

Dados da Encaminhamento / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

1 22/03/2023 10:21 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

2 22/03/2023 10:27 22 40803112 RX - FUNHO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 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:** Pedro de Paiva Alves Cavalcante

**Nº da Carteirinha:** 3.357.572

**Instituição:** Escola Adventista Colombo

**Data de Nascimento:** 17/04/2009

**Nº da Guia:** 10129



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2023	09:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição
O aluno estava na aula de Educação Física jogando futebol, levou uma bolada na mão que foi para trás. imediatamente sentiu muita dor no antebraço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leila Padilha	15/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido pelo setor de orientação educacional, imobilizamos o braço e em seguida a mãe irá levar para atendimento médico.

Ass.: Solange Dias de Paiva ✕

Leila Maria Lessa Padilha

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Pedro de Paiva Alves Cavalcante  
**Nº da Carteira:** 3.357.572  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 17/04/2009

**Nº da Guia:** 10129.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/03/2023	10:59:42	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Direito, Mão Direita

## Descrição

O aluno estava na aula de Educação Física jogando futebol, levou uma bolada na mão que foi para trás. imediatamente sentiu muita dor no antebraço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Leila Padilha	15/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

## Motivo do Retorno

No primeiro atendimento foi constatado que precisava de gesso (15/03), precisou retornar porque rompeu o gesso.

Ass.: \_\_\_\_\_

Leila Maria Lessa Padilha

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**Serviço de Radiologia**

---

Atendimento.....: 1298990

Pedido.....: 721-429

Paciente.....: PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION

Data do Exame.: 22/03/2023

---

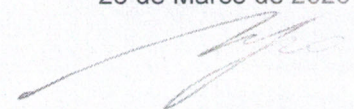
**RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Exame de controle evolutivo em aparelho gessado.

26 de Marco de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779

Atendimento: 1298990      Data do Atendimento: 22/03/2023  
Prontuário: 993413      Nome: PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE  
Sexo: MASCULINO      Idade: 13      Data de Nascimento: 17/04/2009  
RG:      CPF:      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 992053386  
Rua: CAMPO MOURAO      Numero 2099      CEP: 83410280  
Bairro: JARDIM GUARAITUBA      Cidade: COLOMBO      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357572  
Médico: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION      CRM: 38417  
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.

Solange Dias de Paiva

Paciente e/ou Responsável

---

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

---

Atendimento..... : 1298990    **Prontuário:** 993413    **SAME:**    **Hora Atend:** 10:21    **Data Atend:**22/03/2023  
**Paciente..... :** PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE    **Idade:** 13 a  
**Endereço..... :** CAMPO MOURAO  
**Bairro..... :** JARDIM GUARAITUBA  
**Cidade..... :** COLOMBO    **UF..:** PR    **CEP:** 83410280  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal.....:** S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....:** ENCAMINHADO ESPECIALISTA  
**Data Saída..... :** 22/03/2023    **Hora Saída :** 11:16

**Prestador da Evolução Médica: 1781 HELOISA ZIMMERMANN FAGGION**

**HDA**

TRAUMA DIRETO 15/03 - FX SH2 DE RD - DEVIO MINIMO  
AO EXAME DOR NA PALPAÇÃO DO RADIO DISTAL, REGIAO DORSAL

TALA EM MÁ S CONDIÇÕES  
RX AGORA MANTENDO REDUÇÃO

TROCO TALA POR ORTESE IMOBILIZADORA  
RETORNO AGENDADO EM 3 SEM OU PRECOCE SE SINAIS DE ALARME EXPLICADOS

**EXAME FISICO**

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

**TRATAMENTO**

---

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION / 38417  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

PRESCRIÇÃO.: 1471416 DATA: 22/03/2023 10:27  
USUÁRIO....: HELOISA.ZIMMERMANN  
ATENDIMENTO: 1298990 DT NASC: 17/04/2009 (13A 11M 12D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 993413 - PEDRO DE PAIVA CAVALCANTE  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/03/2023 10:21 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: HELOISA ZIMMERMANN FAGGION SERVIÇO:  
UNID. INT..: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO..  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1298990\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)	1				

---

HELOISA ZIMMERMANN FAGGION  
CRM: 38417