

Atendimento: 1533337 - PEDRO DIAS DAMASIO Lote: 1936541 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO DIAS DAMASIO
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
 Guia.....: 27157 Validade.:05/05/2025
 Senha.....: 27157 Autoriz.:05/05/2025
 Carteira.: 27157 Validade.: 11/11/2025 Titular....: PEDRO DIAS DAMASIO
 : RUA EDMUNDO ECKSTEIN

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
08/04/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
08/04/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
08/04/2025 11:37:56

Atendimento: 1533337 Data do Atendimento: 08/04/2025
Prontuário: 1038804 Nome: PEDRO DIAS DAMASIO
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 04/04/2010
RG: CPF: 05124371145 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996484530

Rua: RUA EDMUNDO ECKSTEIN Numero 677 CEP: 81290080
Bairro: CIDADE INDUSTRIAL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 27157
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PIERRE MANOEL DAMASIO 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.

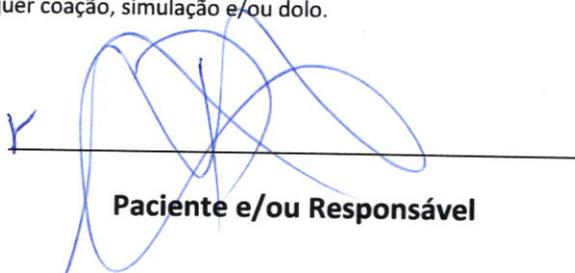
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 27157

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 05/05/2025 5 - Senha 27157 6 - Data de Validade da Senha

8 - Número da Carteira 27157 9 - Validade da Carteira 11/11/2025 10 - Nome BENEFICIÁRIO PEDRO DIAS DAMASIO 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RM N

Dados do Solicitante 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 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 05/05/2025 23 - Indicação Clínica PACIENTE TRAZIDO PELO PAI. REFERE QUADRO DE TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO. 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	33 - Indicação de Acidente (sidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

56 - Data a 37 - Hr. Início a 38 - Hr. Fim a 39 - Tabela a 40 - Procedimento a 41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - V1 a 44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 08/04/2025 11:35	11:35	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001 1.0 80,00
2 08/04/2025 12:35	12:35	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001 1.0 35,58
3 08/04/2025 12:35	12:35	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001 1.0 35,58

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operador a/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 151,16 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 Medicinas (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 151,16 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Dias Damásio
Nº da Carteirinha: 2.11.8796
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 04/04/2010

Nº da Guia: 27157

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2025	10:14:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Direito

Descrição

Durante a educação física, o aluno estava jogando basquete, ao finalizar a jogada, ele pisou em falso e sentiu dor no mesmo momento, causando uma inchado instantaneamente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fabiola	(41) 3225-1920

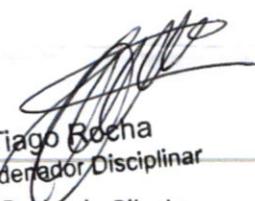
Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola	08/04/2025

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

O aluno foi atendido, colocado gelo no local. Foi feito o contato com a família, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: _____


Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar
Tiago Rocha de Oliveira

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 5653731

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Numero da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

PEDRO DIAS DAMASIO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Beneficiário

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carreir do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

41

Dr. Wendy Ferreira

CRM-PR 45201

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qr.Solic.

28 - Qr.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

33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)

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 08/04/2025 11:35

11:35

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

80.00

80.00

Identificação(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq. Raef. 49-Gr. Part. 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof.

53-Numero 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\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

80.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

80.00



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

2 - Nº Guia no Prestador **5653731**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN N

27157

11/11/2025

PEDRO DIAS DAMASIO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

001

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

08/04/2025

23 - Indicação Clínica

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado - Encarregado

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 Accidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 08/04/2025 11:35 11:35 22 10101039

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 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 CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicionais (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

Impresso por: WENDY FERREIRA

Data/Hora: 08/04/2025 11:38:15

Contatote: 1936541

Atendimento: 1533337

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1936541

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : PEDRO DIAS, 15 ANOS

Início da Triagem: 11:21:14.

Fim da Triagem: 11:23:11.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TORÇÃO DE TORNOZELO DURANTE PARTIDA DE BASQUETE.
REFERE DOR E EDEMA NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:78bpm FR:rpm Tax:36,2°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 08/04/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1735818 DATA: 08/04/2025 12:35
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1533337 DT NASC: 04/04/2010 (15A 0M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1038804 - PEDRO DIAS DAMASIO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2025 11:35 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1533337

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089 Obs.: AP + PERFIL	1						
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097 Obs.: AP + OBLIQUO	1						



Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1533337 **Prontuário:** 1038804 **SAME:** 1038804 **Hora Atend:** 11:35 **Data Atend:**08/04/2025
Paciente..... : PEDRO DIAS DAMASIO **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA EDMUNDO ECKSTEIN
Bairro..... : CIDADE INDUSTRIAL
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81290080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - PE
Data Saída..... : 08/04/2025 **Hora Saída :** 18:45
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

PACIENTE TRAZIDO PELO PAI. REFERE QUADRO DE TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO.

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUMENTO DE VOLUME E DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL. ADM LIMITADA POR DOR. NV PRESERVADA;

DIAGNOSTICO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
ENTORSE DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
ENTORSE DE TORNOZELO

TRATAMENTO

PRESCREVO FLANCOX E LISADOR DIP. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE PÉ/TORNOZELO


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1533337
Pedido.....: 869826
Paciente.....: PEDRO DIAS DAMASIO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 08/04/2025

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sesamoide medial do 1º metatarso bipartido.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

23 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1533337
Paciente.....: 869826
Paciente.....: PEDRO DIAS DAMASIO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 08/04/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

Aumento do volume das partes moles adjacentes ao maleolo lateral.

23 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639