

Atendimento: 1513933 - PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS Lote: 1906765 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS / 33840
Guia.....: 24074 Validade.:07/02/2025
Senha.....: 24074 Autoriz.:07/02/2025
Carteira.: 2781116 Validade.: 31/12/2025 Titular...: PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS
: SANTO INACIO

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
07/02/2025	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
07/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDUARDO DE CARVALHO MARTI - 33840 06752139911	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **24074**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24074	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24074	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781116		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS		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 EDUARDO DE CARVALHO MARTINS		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 33840		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 07/02/2025	
23 - Indicação Clínica TRAUM EM POLEGAR DIREITO HOJE DE MANHA			
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 07/02/2025 11:10 11:10 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 07/02/2025 11:38 11:38 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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			

Atendimento.....: 1513933

Pedido.....: 857812

Paciente.....: PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS

Data do Exame.: 07/02/2025

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

19 de Fevereiro de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
07/02/2025 11:13:41

Atendimento: 1513933 Data do Atendimento: 07/02/2025
Prontuário: 1004206 Nome: PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 23/03/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 984367005

Rua: SANTO INACIO

Numero 412

CEP: 80730060

Bairro:

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2781116

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: THANIA RAFAELLE FERREIRA DE SOUSA 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.

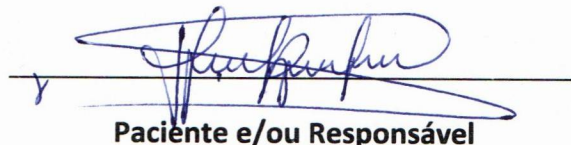
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



Paciente : PEDRO EDUARDO ALVES, 12 ANOS

Início da Triagem: 11:03:45.

Fim da Triagem: 11:06:14.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA IMPACTO EM 1º QDD, MÃO X MÃO JOGANDO VOLEI. BATEU EM MÃO DO COLEGA DURANTE BATIDA NA BOLA. REFERE DOR EDEMA NO LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 71bpm FR: rpm Tax: 36,5°C SatO2: 95% ECG:
Dor:

Data: 07/02/2025.

GERSON HANNIG

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Eduardo Alves Martins
Nº da Carteira: 2.78.1116
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 23/03/2012

Nº da Guia: 24074

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2025	09:14:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava no intervalo jogando vôlei, quando foi cortar a bola e outro colega também foi; se chocaram, nas mãos, mas só o Pedro sentiu dor. Está firme, consciente, mas sentindo dor. Ele tem doze anos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Adriana	07/02/2025

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

O pai foi avisado. Demos gelo no local. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima informado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Aluno: Pedro Eduardo Alves Martins
Nº da Carteira: 2.78.1116
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 23/03/2012

Nº da Guia: 24074

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/02/2025	09:14:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava no intervalo jogando volei, quando foi cortar a bola e outro colega também foi; se chocaram, nas mãos, mas só o Pedro sentiu dor. Está firme, consciente, mas sentindo dor. Ele tem doze anos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Adriana	07/02/2025

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

O pai foi avisado. Demos gelo no local. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima informado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

www.mhhe.com



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

2 - Nº Guia no Prestador **24074**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24074	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24074	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2781116		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS		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. Eduardo de Carvalho Martins</i> CRM-PR 33840 FOT 17245	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/02/2025	
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 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 07/02/2025 11:10 11:10 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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 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	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **24074**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 07/02/2025		5 - Senha 24074	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24074	
8 - Número da Carteira 2781116		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS		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 <i>Dr. Eduardo de Carvalho Martins</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 33840 TEOT 17245	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/02/2025	
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 07/02/2025		37 - Hr. Inicial 11:10	
38 - Hr. Final 11:10		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		47 - Valor Total	
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 - / /		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 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>[Assinatura]</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 1715139 DATA: 07/02/2025 11:38
USUÁRIO....: EDUARDO.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1513933 DT NASC: 23/03/2012 (12A 10M 17D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1004206 - PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/02/2025 11:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDUARDO DE CARVALHO MARTINS 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:

1513933

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					

Obs.: AP E PERFIL

EDUARDO DE CARVALHO MARTINS
CRM: 33840

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1513933 **Prontuário:** 1004206 **SAME:** 1004206 **Hora Atend:** 11:10 **Data Atend:** 07/02/2025
Paciente..... : PEDRO EDUARDO ALVES MARTINS **Idade:** 12 a
Endereço..... : SANTO INACIO
Bairro..... :
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80730060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/02/2025 **Hora Saída :** 12:12

Prestador da Evolução Médica: 1061 **EDUARDO DE CARVALHO MARTINS**

HDA

TRAUAM EM POLEGAR DIREITO
HOJE DE MANHA

EXAME FISICO

dor em if
SEM DESVIO
ADM OK

DIAGNOSTICO

CONTUSAO EM DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO EM DEDO

TRATAMENTO

ALGINAC
ORIENTO

Dr. Eduardo de Carvalho Martins
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-33840 TEO 17245

EDUARDO DE CARVALHO MARTINS / 33840
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA