

Atendimento: 1525810 - PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ Lote: 1924971 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 25255 Validade.:17/03/2025
Senha.....: 25255 Autoriz.:17/03/2025
Carteira.: 367634 Validade.: 30/12/2023 Titular....: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
: RUA ELEANOR ROOSEVELT

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
17/03/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 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
17/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **25255**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 17/03/2025	5 - Senha 25255	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25255								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 367634	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N								
Dados do Solicitante											
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DALEFFE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 56006	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 17/03/2025	23 - Indicação Clínica Paciente acompanhado da mae. Trauma contuso em pe direito durante futebol, relata ter chutado o chao. Nega outros traumas.									
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 17/03/2025	19:51	19:51	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 17/03/2025	21:13	21:13	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Octavio Morastico da Cruz
Nº da Carteira: 3.6.7634
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 25255

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2025	12:28:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Jogava bola e acabou chutando a canela do colega. Sente dores.

Testemunha da ocorrência

Monitor Alison

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Jaques

Data

17/03/2025

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

Foi atendido e feito contato com a responsável, para o encaminhar ao atendimento médico.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique 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

Impresso por: Jaques Henrique De Oliveira

1 de 1

17/03/2025 12:31



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

2 - Nº Guia no Prestador **1525206**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal		
4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 367634	9 - Validade da Carteira	10 - Nome PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ	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 LEONARDO DALEFFE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 56006	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Leonardo Daleffe Freitas.

MÉDICO
CRM-PR 56.006

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/03/2025	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101039 Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde	43 - Via	44 - Têc	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	-----------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	---------------------	---------------------------	------------------------

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

48 - Seq Ref	49 - Gr Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa					

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
17/03/2025 19:53:57

Atendimento: 1525810 Data do Atendimento: 17/03/2025
Prontuário: 1001654 Nome: PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 05/01/2011
RG: CPF: 15075198937 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA ELEANOR ROOSEVELT

Numero 181

CEP: 82515230

Bairro: BACACHERI

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 367634

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: LAIS CAROLINE DE OLIVEIRA MORASTICO 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 OCTAVIO MARASTICO DA CRUZ, 14 AN

Início da Triagem: 19:48:04.

Fim da Triagem: 19:50:54.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA TRAUMA DIRETO EM 2 E 3 METATARSO DO PÉ DIRETO HOJE, VEM HOSPITAL POR ALGIA NO LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAR E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:65bpm FR:18rpm Tax:36,8°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 17/03/2025.

Enfermeiro (a) Lucas Corrêadaniele de cassia karoleski,

PREScrição.: 1728415 * DATA: 17/03/2025 21:13
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1525810 DT NASC: 05/01/2011 (14A 2M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001654 - PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2025 19:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1525810**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097	1						

Obs.: ap perfil e obliquo

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1525810 **Prontuário:** 1001654 **SAME:** 1001654 **Hora Atend:** 19:51 **Data Atend:** 17/03/2025
Paciente..... : PEDRO OCTAVIO MORASTICO DA CRUZ **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA ELEANOR ROOSEVELT
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82515230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S903 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/03/2025 **Hora Saída :** 00:55
Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhado da mãe. Trauma contuso em pé direito durante futebol, relata ter chutado o chão. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

Pé direito
Dor difusa à palpação em antepé
Pele íntegra, sem aumento de volume ou equimose
ADM restrito por dor
Neurovascular preservado em mid

DIAGNOSTICO

Contusão antepé direito
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão antepé direito
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, gelo no local, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com ortopedista se persistência do quadro.

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA