

Atendimento: 1494121 - PEDRO PORTUGAL MARIANO DE LIMA Lote: 1876184 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: PEDRO PORTUGAL MARIANO DE LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 23550 Validade.:28/11/2024
Senha.....: 23550 Autoriz.:28/11/2024
Carteira.: 2118456 Validade.: 30/12/2025 Titular....: PEDRO PORTUGAL MARIANO DE LIMA
: RUA RAQUEL PRADO DE 756 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	7,43	0,00	0,00	0,00	0,00	7,43
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:						123,01

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/11/2024	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M	RL	1	7,4300	7,43
Total :					7,43

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/11/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
28/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 123,01

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alícia Emanuelle de Menezes Braz

Nº da Carteirinha: 2.37.6760

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 18/02/2014

Nº da Guia: 23555

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/11/2024	14:56:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Grampeou o dedo	3º Dedo Mão Direita

Descrição

A aluna estava em sala e acabou grampeando o próprio dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, informado a responsável (mãe) e encaminhando ambas para o hospital de referência.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **23555**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 28/11/2024	5 - Senha 23555	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23555								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2376760	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ALICIA EMANULLE DE MENEZES BRAZ	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 / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 28/11/2024	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição									
DR. RODRIGO MASCHKE ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA CRM 9551 - CPF 40.1468.399-00 CRM - 20133											
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 1 28/11/2024	37 - Hr. Inicial 16:06	38 - Hr. Final 16:06	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via	44 - Téc. 1.0	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 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 SILVIO N. MASCHKE Ortopedia - Traumatologia CRM 9551 - CPF 40.1468.399-00				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 				68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
28/11/2024 16:09:01

Atendimento: 1494137 Data do Atendimento: 28/11/2024
Prontuário: 1030508 Nome: ALICIA EMANULLE DE MENEZES BRAZ
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 18/02/2014
RG: 156770833 CPF: 13330677988 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 997819363

Rua: RUA MACEIO CS 02

Numero 221

CEP: 82920160

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2376760

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: PAOLLA AGUSTINHO DE MENEZES

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.

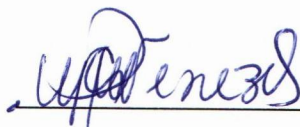
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente ALICIA EMANUELLE DE M. BRAZ 10 ANOS

Início da Triagem: 16:02:58.

Fim da Triagem: 16:05:03.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

A ALUNA ESTAVA EM SALA DE AULA E ACABOU GRAMPEANDO O PRÓPRIO DEDO 3º DEDO DA MÃO HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 28/11/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA



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

2 - Nº Guia no Prestador **23555**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/11/2024		5 - Senha 23555	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23555	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376760		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ALICIA EMANULLE DE MENEZES BRAZ		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 / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 28/11/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
		SILVIO N. MASCHKE Ortopedia - Traumatologia CRM 9551 - CPF 401.468.399-00	
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 1 28/11/2024		37 - Hr. Inicial 16:06	
38 - Hr. Final 16:06		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 80.00		47 - Valor Total 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 - / /		3 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
8 - / /		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	

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1494137 **Prontuário:** 1030508 **SAME:** 1030508 **Hora Atend:** 16:06 **Data Atend:**28/11/2024

Paciente..... : ALICIA EMANULLE DE MENEZES BRAZ **Idade:** 10 a

Endereço..... : RUA MACEIO CS 02

Bairro..... : CAJURU

Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82920160

Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO

CID Principal..... : M799 - TRANSTORNO DOS TECIDOS MOLES NAO ESPECIFICADO

CID's Secundários. :

Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO

Data Saída..... : 28/11/2024 **Hora Saída :** 19:38

Prestador da Evolução Médica: 49 SILVIO NEUPERT MASCHKE

HDA
MÃE REFERE QUE PACIENTE GRAMPEOU O 3º QDE HÁ 1 HORA
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FISICO
3º QDE
PRESENÇA DE GRAMPO E FALANGE DISTAL
DOR A PÁRLPAÇÃO EM FALANGE DISTAL
NV PRESERVADO
MOVIMENTANDO DEDOS

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO 3º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO 3º QDE

TRATAMENTO
REALIZO RETIRADA DE MATERIAL ESTRANO COM AUXILIO DE PINÇA
LISADOR DIP + GELO PARA CASA
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA, VIA PLANO DE SAUDE, SE NECESSÁRIO
ORIENTO SINAIS DE ALERTA E RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO
NEGA ATESTADO
MÃE E PACIENTE COMPREENDEM E CONCORDAM

Dr. SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia
CRM 9551

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1494121
Pedido.....: 845458
Paciente.....: PEDRO PORTUGAL MARIANO DE LIMA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE
Data do Exame.: 28/11/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Ossificação projetada anterior ao tálus.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

02 de Dezembro de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639