

Atendimento: 1209200 - RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR Lote: 1431758 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 6151 Validade.:17/05/2022
Senha.....: 6151 Autoriz.:17/05/2022
Carteira...: 367886 Validade.: 31/12/2022 Titular....: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
: ALCEU AGUIDA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/05/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 6151

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 6151		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização 17/05/2022		5 - Senha 6151		6 - Data de Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 367886		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome RAFAEL WILLIAN DO NASCIMENTO JUNIOR		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE		16 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 9551		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 17/05/2022	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MAO VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA		24 - Tabela 25		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.		29 - Código CBO 3005585		31 - Código CBO 3005585		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - MAO OU QUIRODACTILO	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tég. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65.00 65.00 001 30.64 30.64		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		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 OPME (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: Rafael Wilian do Nascimento Junior
Nº da Carteira: 3.6.7886
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 28/01/2014

Nº da Guia: 6151

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/05/2022	15:33:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Em aula, de Educação Física, o aluno foi pegar a bola que estava no chão, e sem querer outro colega pisou na mão esquerda, fazendo com que o dedo do meio ficasse dolorido. O aluno foi encaminhado ao ambulatório para atendimento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitória Janaina	12/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações

Verificado que estava com dor no dedo do meio da mão esquerda, foi aplicado gel e feito uma tala, para evitar movimentos bruscos. O aluno foi orientado a tomar os cuidados necessários, não retirando a tala e não forçando a mão esquerda. Contato feito com a mãe.

Ass.:

Jaques H. Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **15.499.486-6** DATA DE EXPEDIÇÃO: 17/12/2018

NOME: **RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR**

FILIAÇÃO: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO
IZABEL CRISTINA DE SOUZA

NATURALIDADE: PINHAIS/PR DATA DE NASCIMENTO: 28/01/2014

DOC. ORIGEM: COMARCA=R.M. CURITIBA/PR, PIRAQUARA
C.NASC=22935, LIVRO=70A, FOLHA=174

CPF: 146.410.479-44

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

055-18-04239

É PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARLÉIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **IZABEL CRISTINA DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7351646-3 SESP PR

CPF: **006.693.229-70** DATA NASCIMENTO: **05/11/1980**

FILIAÇÃO:
WILSON SILVEIRA DE SOUZA
JANDIRA DE OLIVEIRA
FLOUZA DE SOUZA

PERMISSÃO: **ACC** CAT. 1980

Nº REGISTRO: **01035325680** VALIDADE: **15/07/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **05/01/2000**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 188230612

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1209200
Pedido.....: 675280
Paciente.....: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE
Data do Exame.: 12/05/2022

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

16 de Maio de 2022

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MEL
CRM 3063

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1209200 Data do Atendimento: 12/05/2022
Prontuário: 978113 Nome: RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 28/01/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984605280 Numero 50 CEP: 82200390
Rua: ALCEU AGUIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Bairro: AHU Matricula: 367886
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI
Medico: SILVIO NEUPERT MASCHKE CRM: 9551
Responsável: IZABEL CRISTINA DE SOUZA Parentesco: MAE

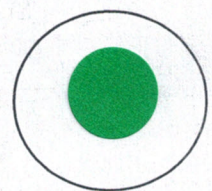
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência 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

ETIQUETA DO PACIENTE

Rafael

Início da Triagem: 16:59 h
Final da Triagem: 17:01 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

bateu o dedo da mão ESQ no
colegado hoje.

COMORBIDADES:

HAS []

CARDIOPATIA []

DISLIPIDEMIAS []

LIMITAÇÃO FÍSICA []

DM []

PNEUMONIA []

NEOPLASIAS []

DÇS PSIQUIÁTRICAS []

DÇ NEUROLÓGICA []

OUTRAS

Asma

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS:

MUCs:

Clonil

SINAIS VITAIS:

PA: 136 X 52 mmHg FC: 106 bpm FR: 36 rpm Tax: 36°C SatO2: 97%

GLICEMIA: _____ mg/dl

ESCALA DE DOR: 7

E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)



AMARELO (30 MINUTOS)



VERDE (90 MINUTOS)



AZUL (120 MINUTOS)



RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA:

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

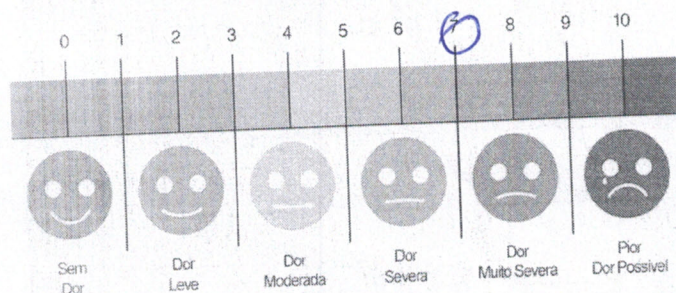
NÃO ☒ SIM [] LOCAL:

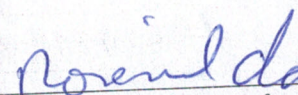
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL:

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT?

NÃO [] SIM [] LOCAL:




Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209200 **Prontuário:** 978113 **SAME:** 978113
Paciente..... : RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Endereço..... : ALCEU AGUIDA
Bairro..... : AHU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : PARTICULAR
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 12/05/2022

Hora Atend: 17:09 **Data Atend:** 12/05/2022
Idade: 8 a

UF...: PR **CEP:** 82200390
Plano...: UNICO

Hora Saída : 18:21

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MÃO
VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA

EXAME FISICO

DOR + AUM VOLUME DA IFP
TALA BEM POSICIONADA
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
IBUPROFENO 600
ATESTADO EF 03 SEM

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1370776 DATA: 12/05/2022 17:31
USUÁRIO.....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1209200 DT NASC: 28/01/2014 (8A 3M 14D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE.....: 978113 - RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/05/2022 17:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE SERVIÇO: SALA 1 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: III DEDO AP + PERFIL						

SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209200 **Prontuário:** 978113 **SAME:** 978113
Paciente..... : RAFAEL WILIAN DO NASCIMENTO JUNIOR
Endereço..... : ALCEU AGUIDA
Bairro..... : AHU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : PARTICULAR
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 12/05/2022

Hora Atend: 17:09 **Data Atend:** 12/05/2022
Idade: 8 a

UF..: PR **CEP:** 82200390
Plano...: UNICO

Hora Saída : 18:21

Prestador da Evolução Médica: 49 **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

TRAUMA DIRETO MAO ESQ / COLEGA PISOU EM CIMA DA MÃO
VEM COM TALA / PALITO COLOCADO NA ESCOLA

EXAME FISICO

DOR + AUM VOLUME DA IFP
TALA BEM POSICIONADA
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO III DEDO MÃO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
IBUPROFENO 600
ATESTADO EF 03 SEM

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA