

Atendimento: 1546668 - RAUL SANTOS Lote: 1956663 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RAUL SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 28548 Validade.:20/05/2025
Senha.....: 28548 Autoriz.:20/05/2025
Carteira.: 000000 Validade.: 20/05/2025 Titular....: RAUL SANTOS
: RUA ISOLETE JOSIANE GUIBOR

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	3,05	0,00	0,00	0,00	0,00	3,05
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:						118,63

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/05/2025	08006175 TALA METALICA C/ESPUMA 12X25 PEQ.POLAR FIX	UN	1	3,0500	3,05
Total :					3,05

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/05/2025	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
20/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						118,63

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOANA.FERNANDES
20/05/2025 13:17:41

Atendimento: 1546668 Data do Atendimento: 20/05/2025
Prontuário: 1041522 Nome: RAUL SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 22/03/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 984552379

Rua: RUA ISOLETE JOSIANE GUIBOR

Numero 152

CEP: 33413164

Bairro: PALMITAL

Cidade: COLOMBO

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 000000

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: RAIZA VAZ

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.

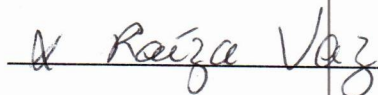
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Raul Santos

Nº da Carteira: 3.357.148

Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 23/03/2012

Nº da Guia: 28548

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2025	11:15:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de educação física, a bola de basquete bateu em seu dedo o levando para trás bruscamente, se queixa de um pouco de dor, assim como apresenta inchaço leve, e um pouco de dificuldade para movimentar a mão.

Testemunha da ocorrência

Professor Andre

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

20/05/2025

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

Bairro

222
3

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Entrado em contato com a família.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

X Raíza Vaz

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Raul Santos

Nº da Carteirinha: 3.357.148

Instituição: Colégio Adventista Colombo

Data de Nascimento: 23/03/2012

Nº da Guia: 28548

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2025	11:15:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Durante a aula de educação física, a bola de basquete bateu em seu dedo o levando para trás bruscamente, se queixa de um pouco de dor, assim como apresenta inchaço leve, e um pouco de dificuldade para movimentar a mão.

Testemunha da ocorrência

Professor Andre

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

20/05/2025

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

Bairro

Telefone

222
3

Alto da Xv

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Entrado em contato com a família.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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

X Raíza Vaz



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

2 - Nº Guia no Prestador 28548

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/05/2025

5 - Senha

28548

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28548

8 - Número da Carteira
000000

9 - Validade da Carteira
20/05/2025

10 - Nome
RAUL SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante
13 - Código do 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 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic.
28 - Ql 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)

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
1 20/05/2025 13:18 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 do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 - / / 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 OPMs (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

Impresso por: ANA FERNANDES

Data/Hora: 20/05/2025 13:18:49

Controle: 1956663

Atendimento: 1546688

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

19566663



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

2 - Nº Guia no Prestador 28548

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/05/2025

5 - Sentença

28548

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora
28548

8 - Número do Beneficiário
000000

9 - Validade da Carteira
20/05/2025

10 - Nome
RAUL SANTOS

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

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 20/05/2025 13:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 80.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Médicinas (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

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

31 - Código CNES
3005565

19566662

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637

PRESCRIÇÃO.: 1749647 DATA: 20/05/2025 14:11
USUÁRIO....: ANDRE.SILVA
ATENDIMENTO: 1546668 DT NASC: 22/03/2012 (13A 1M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1041522 - RAUL SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/05/2025 13:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1546668

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: RX DO 4° QD AP E PERFIL	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM 60022264 -> MICROPORE 25MM X 10M CM -> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL -> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1 1 ROLO 1 ROLO 1 UNIDADE					[20/05] 14:11

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

ANDRE ALMEIDA DA SILVA
CRM: 21515

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
500 S. MICHIGAN
CHICAGO, ILL. 60607

Período de 20/05/2025 a 20/05/2025

Atendimento: 1546668 RAUL SANTOS
Mãe: RAIZA VAZ
Internação: 20/05/2025 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 22/03/2012

Unidade:
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Evolução/Anotação: 00736310

Data: 20/05/2025 Hora: 15:10

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAIS UTILIZADOS:
TALA DE ALUMÍNIO 12/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM e 10CM

Elizete R. Conrado
Téc. Enfermagem
Coren-PR 601404

0587 ELIZETE ROCHA CONRADO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 601404

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1546668 Prontuário: 1041522 SAME: 1041522 Hora Atend: 13:18 Data Atend:20/05/2025
Paciente..... : RAUL SANTOS
Endereço..... : RUA ISOLETE JOSIANE GUIBOR
Bairro..... : PALMITAL
Cidade..... : COLOMBO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/05/2025
UF.: PR CEP: 83413164
Plano...: UNICO
Hora Saída : 14:50

Prestador da Evolução Médica: 207 ANDRE ALMEIDA DA SILVA

HDA

TRAUMA DIRETO NA ESCOLA - BOLA DE BASQUETE HOJE E3VOLUINDO COM DOR DE PIORA PROGRESSIVA E AUMENTO DE VOLUME.

EXAME FISICO

DOR A PALP VOKLAR DA IFP
ADM PRESERVADA SEM DEFORMIDADES MAS DOLOROSA;
PELE INTEGRAL E NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 4° QD ESQ - 30722349
RX SINASI DE FX SH 1 DA FM

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 4° QD ESQ - 30722349
RX SINASI DE FX SH 1 DA FM

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES ; TALA DE ALUMINIO ; AINES E GELO LOCAL E REPOUSO RELATIVO;
PROC - TTO CONS DE FRATURA DO 4° QD - 30722349

ANDRE ALMEIDA DA SILVA 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1546668
Pedido.....: 878017
Paciente.....: RAUL SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA
Data do Exame.: 20/05/2025

MÃO ESQUERDA**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior, perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

EXAME RADIOLÓGICO DA

21 de Junho de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618

