Atendimento: 1538335 - REBECA GOMES E SILVA Lote: 1944167 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: REBECA GOMES E SILVA
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES / 53107
Guia.....: 27684 Validade.:24/04/2025
Senha.....: 27684 Autoriz..:24/04/2025
Carteira..: 2117527 Validade.: 24/04/2025 Titular...: REBECA GOMES E SILVA
: RUA ABEL SCUISSIATO

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	Vl Unitario	Vl Total
24/04/2025	40804070 PERNA	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930			Total :	35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	Vl Unitario	Vl Total
24/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	EDUARDO VON MUHLEN COLINI - 53107 07819195924	CLINICO			Total :	80,00

Total Geral: 115,58

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
24/04/2025 14:21:11

Atendimento: 1538335 Data do Atendimento: 24/04/2025
Prontuário: 889992 Nome: REBECA GOMES E SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 18/02/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 35855974
Rua: RUA ABEL SCUISSIATO Numero 2829 CEP: 83408280
Bairro: ATUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117527
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

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.

x Rebeca C. Gomes

Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca Gomes e Silva
Nº da Carteirinha: 2.11.7527
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 18/02/2014 | **Nº da Guia:** 27684

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2025	12:55:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)	Perna Esquerda

Descrição
A aluna estava no pátio do colégio, quando ao fazer estrelinha, acabou acertando a perna no encosto da cadeira de ferro, causando uma lesão, a aluna sentiu na hora uma dor forte no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Raquel	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Raquel	24/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
A aluna foi atendida, onde foi limpo e colocado gelo no local. Foi feito o contato com o pai, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha 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

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

2 - Nº Guia no Prestador 27684

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/04/2025	27684		27684

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2117527	24/04/2025	REBECA GOMES E SILVA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dr. Eduardo Collin
Medic
CRM - PR 53167
CRM - SC 35697

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/04/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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
11	9		

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 24/04/2025	14:17	14:17	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 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Rebizzmilla C. Gomes	

Impresso por: PEDRO.SANTOS Data/Hora: 24/04/2025 14:21:04 Conta/Lote: 1944167 Atendimento: 1538335 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1944167

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

2 - Nº Guia no Prestador 27684

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/04/2025	27684		27684

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2117527	24/04/2025	REBECA GOMES E SILVA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONCALVES	06	53107	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/04/2025	TRAUMA CONTUSO DE PERNA ESQUERDA HA 1 HORA, APRESENTA ESCORIACAO E HEMATOMA EM TERCO MEDIO AN

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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
11	9		

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 24/04/2025	14:17	14:17	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 24/04/2025	15:01	15:01	22	40804070	RX - PERNA	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 - ___/___/___		3 - ___/___/___		5 - ___/___/___		7 - ___/___/___		9 - ___/___/___	
2 - ___/___/___		4 - ___/___/___		6 - ___/___/___		8 - ___/___/___		10 - ___/___/___	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

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 27684

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
24/04/2025	27684		27684

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2117527	24/04/2025	REBECA GOMES E SILVA		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dr. Eduardo Colini
Médico
CRM PR 53102
CRM - SC 38897

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	24/04/2025	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	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
11	9		

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 24/04/2025	14:17	14:17	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 - ___/___/_____		3 - ___/___/_____		5 - ___/___/_____		7 - ___/___/_____		9 - ___/___/_____	
2 - ___/___/_____		4 - ___/___/_____		6 - ___/___/_____		8 - ___/___/_____		10 - ___/___/_____	

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
80.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
	Rizzemille C. Gomes	

Rx

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : REBECA GOMES E SILVA- 11 ANOS

Início da Triagem: 14:11:45.
Fim da Triagem: 14:18:19.

Classificaçao: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

PACIENTE REFERE DOR EM REGIÃO DA TÍBIA ESQUERDA, APÓS TER BATIDO NO OBJETO (CADEIRA), N AESCOLA, HÁ UMA HORA ATRÁS.
** PESO: +/- 40 KG
* ESTÁ ACOMPANHADA DA MÃE.

Comorbidades: .

MUC: MÃE NEGA

ALERGIAS:MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:76bpm FR:18rpm Tax:ºC SatO2:99%% ECG:
Dor:

Data: 24/04/2025.

KELLY WALKIU

PRESCRIÇÃO.: 1741027 DATA: 24/04/2025 15:00
USUÁRIO....: EDUARDO.COLINI
ATENDIMENTO: 1538335 DT NASC: 18/02/2014 (11A 2M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 889992 - REBECA GOMES E SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/04/2025 14:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S801 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1538335

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PERNA (ESQUERDA)40804070	1					
	Obs.: *AP + P*						

EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES
CRM: 53107

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1538335 **Prontuário:** 889992 **SAME:** 889992 **Hora Atend:** 14:17 **Data Atend:**24/04/2025
Paciente..... : REBECA GOMES E SILVA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ABEL SCUISSIATO
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... :COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83408280
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S801 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 24/04/2025 **Hora Saída** : 18:52

Prestador da Evolução Médica: 2269 EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES

HDA
TRAUMA CONTUSO DE PERNA ESQUERDA HÁ 1 HORA, APRESENTA ESCORIAÇÃO E HEMATOMA EM TERÇO MEDIO ANTERIOR DA TIBIA. DEAMBULANDO SEM DOR

EXAME FISICO
ESCORIAÇÃO E PEQUENO HEMATOMA EM REGIAO ANTERIOR DA TIBIA
DEAMBULANDO NORMALMENTE
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO
CONTUSAO DA PERNA

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSAO DA PERNA

TRATAMENTO
RX SEM FRATURAS
PRESCREVO ALIVIUM + CRIOTERAPIA
ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS

Dr. Eduardo Colini
Médico
CRM - PR 53107
CRM - SC 30497

EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES / 53107
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Serviço de **Radiologia**

HospitalXV

Atendimento....: 1538335
Pedido.....: 872933
Paciente.....: REBECA GOMES E SILVA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDUARDO VON MUHLEN COLINI GONÇALVES
Data do Exame.: 24/04/2025

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

25 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639