

Atendimento: 1443624 - ROGER NOGAROLI DE SOUZA Lote: 1797747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ROGER NOGAROLI DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 18825 Validade.:20/06/2024
Senha.....: 18825 Autoriz.:20/06/2024
Carteira.: 2376088 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ROGER NOGAROLI DE SOUZA
: RUA SEBASTIAO MARCOS LUIZ DE 1 A 600

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,77	0,00	0,00	0,00	0,00	71,77
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,77

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2024	40803015 ESTERNO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
20/06/2024	40805026 TÓRAX - 2 INCIDÊNCIAS PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,1030	35,10
Total :					71,77

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 151,77



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

2 - Nº Guia no Prestador **18825**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 20/06/2024	5 - Senha 18825	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18825								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2376088	9 - Validade da Carteira 12/12/2024	10 - Nome ROGER NOGAROLI DE SOUZA	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 HALAN GIRARDI PRESA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 19208	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 20/06/2024	23 - Indicação Clínica AGORA PELA MANHA FEZ TRAUMA EM REGIAO DE TORAX AO BATER EM HASTE DE TOLDO									
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 20/06/2024	11:12	11:12	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 20/06/2024	11:20	11:20	22	40803015	RX - ESTERNO	001			1.0	36.67	36.67
3 20/06/2024	11:20	11:20	22	40805026	RX - TORAX - 2 INCIDENCIAS	001			1.0	35.10	35.10
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\$) 151.77	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\$) 151.77					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1443624
Pedido.....: 814300
Paciente.....: ROGER NOGAROLI DE SOUZA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 20/06/2024

RADIOGRAFIA DO ESTERNO

Exame realizado na incidência em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

24 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1443624
Pedido.....: 814300
Paciente.....: ROGER NOGAROLI DE SOUZA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 20/06/2024

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Exame realizado nas incidências PA e Perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Pulmões com a transparência normal.

Seios costofrênicos livres.

Dimensões cardíacas habituais de acordo com o índice cardiorácico.

Vascularização pulmonar preservada.

Mediastino sem alterações radiograficamente demonstráveis.

24 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Roger Nogaroli de Souza
Nº da Carteira: 2.37.6088
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 29/07/2013 **Nº da Guia:** 18825

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2024	09:44:00	Próximo ao bebedouro do pátio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Bateu com o peito no ferro que segura o toldo.	Torax

Descrição
O aluno estava se deslocando após o aquecimento da aula de educação física e acabou sendo atingido no peito com o ferro que segura o toldo quando estava passando.

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
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, entramos em contato via telefone com o responsável (pai) e encaminhamos ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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 **18825**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/06/2024		5 - Senha 18825	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18825	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376088		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ROGER NOGAROLI DE SOUZA		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 20/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código da 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 20/06/2024		37 - Hr. Inicial 11:12	
38 - Hr. Final 11:12		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 - / /		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		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 **18825**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/06/2024		5 - Senha 18825	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18825	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376088		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ROGER NOGAROLI DE SOUZA		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 20/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
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 20/06/2024 11:12 11:12 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			

Atendimento: 1443624 Data do Atendimento: 20/06/2024
Prontuário: 1020426 Nome: ROGER NOGAROLI DE SOUZA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 29/07/2013
RG: CPF: 10940055929 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991875117
Rua: RUA SEBASTIAO MARCOS LUIZ DE 1 A 600 Numero 325 CEP: 82940250
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376088
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANA ODETE SACCO 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 : ROGER NOGAROLI DE SOUZA, 10 A

Início da Triagem: 11:10:11.

Fim da Triagem: 11:13:12.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: DOR EM REGIÃO DO TORAX. ENCAMINHADO DO COLEGIO ADVENTISTA. ALUNO BATEU A REGIÃO DO TORAX NO FERRO QUE SEGURA O TOLDO. PASSOU POR ATENDIMENTO NA ENFERMARIA DA ESCOLA. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:94bpm FR:rpm Tax:36.6°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 19/06/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1637826 DATA: 20/06/2024 11:19
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1443624 DT NASC: 29/07/2013 (10A 10M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1020426 - ROGER NOGAROLI DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/06/2024 11:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S202 CONTUSAO DO TORAX CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1443624

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TORAX P.A. LATERAL	1					
2 ESTERNO	1					

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1443624 **Prontuário:** 1020426 **SAME:** 1020426 **Hora Atend:** 11:12 **Data Atend:** 20/06/2024
Paciente..... : ROGER NOGAROLI DE SOUZA **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA SEBASTIAO MARCOS LUIZ DE 1 A 600
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82940250
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S202 - CONTUSAO DO TORAX
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/06/2024 **Hora Saída :** 11:42

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

AGORA PELA MANHA
FEZ TRAUMA EM REGIAO DE TORAX
AO BATER EM HASTE DE TOLDO

EXAME FISICO

DOR EDEMA ESTERNAL
MV + S/ RA

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO TORAX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO TORAX

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
MEIDCCÃO
GELO

Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA