

Atendimento: 1501487 - RYAN ANGELO SOARES Lote: 1887570 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RYAN ANGELO SOARES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23885001 Validade.:23/12/2024
Senha.....: 23885001 Autoriz.:23/12/2024
Carteira.: 2781432 Validade.: 23/12/2024 Titular...: RYAN ANGELO SOARES
: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO

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	VI Unitario	VI Total
23/12/2024	40803112 PUNHO 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
23/12/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **23885001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 23/12/2024		5 - Senha 23885001		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23885001							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2781432		9 - Validade da Carteira 23/12/2024		10 - Nome RYAN ANGELO SOARES		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 23/12/2024		23 - Indicação Clínica PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HA 2 SEMANAS. HX DE FRATURA TIPO TORUS.									
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 23/12/2024 13:38 13:38 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 23/12/2024 14:22 14:22 22 40803112 RX - PUNHO 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\$) 115.58		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\$) 115.58	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1501487
Pedido.....: 849960
Paciente.....: RYAN ANGELO SOARES
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 23/12/2024

RX DO PUNHO ESQUERDO**RESULTADO:**

Exame realizado sobre a tala gessada.

Sinais de fratura distal do rádio sem desvio.

04 de Janeiro de 2025

Dr(a). JUCIANE ANDREA GAETNER
COREN 409330

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
23/12/2024 13:42:10

Atendimento: 1501487 Data do Atendimento: 23/12/2024
Prontuário: 1031217 Nome: RYAN ANGELO SOARES
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 06/05/2010
RG: CPF: 13865783473 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998977782

Rua: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO Numero 243 CEP: 83408499
Bairro: MARACANA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781432
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.

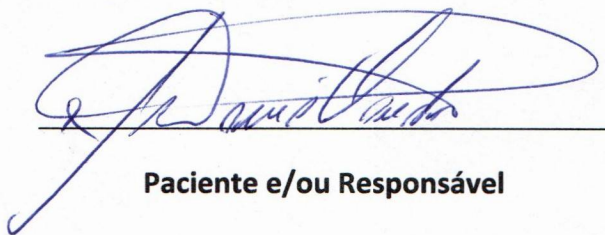
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.



Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ryan Angelo Soares
Nº da Carteirinha: 2.78.1432
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 06/05/2010 Nº da Guia: 23885.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/12/2024	09:55:04	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava jogando futebol durante a aula de educação física, e ao defender a bola no gol houve a torção da mão esquerda, aluno se queixa de dor no pulso esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	09/12/2024

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

Motivo do Retorno

A dra. Ligia Z. Linhares (CRM-PR 54.459) pediu que o aluno retornasse à unidade hospitalar após o prazo do atestado findar. O retorno fica então marcado para o dia 23/12/2024

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

DR. HILAN GRANDI PREZIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

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 23885001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/12/2024		5 - Senha 23885001	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23885001	
8 - Número da Carteira 2781432		9 - Validade da Carteira 23/12/2024	
10 - Nome RYAN ANGELO SOARES		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 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 23/12/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1 23/12/2024			
37 - Hr.Inicial 13:38			
38 - Hr.Final 13:38			
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			
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\$) 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			

DR. HALLAN GIRARDI PIRES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

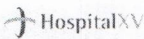


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23885001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal																
4 - Data de Autorização 23/12/2024	5 - Senha 23885001	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23885001														
Dados do Beneficiário																	
8 - Número da Carteira 2781432	9 - Validade da Carteira 23/12/2024	10 - Nome RYAN ANGELO SOARES	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 23/12/2024	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 23/12/2024	13:38	13:38	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 -	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				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado									



PRESCRIÇÃO.: 1701265 DATA: 23/12/2024 14:22
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1501487 DT NASC: 06/05/2010 (14A, 7M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1031217 - RYAN ANGELO SOARES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/12/2024 13:38 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1501487

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1501487	Prontuário: 1031217	SAME: 1031217	Hora Atend: 13:38	Data Atend:23/12/2024
Paciente.....	: RYAN ANGELO SOARES			Idade: 14 a	
Endereço.....	: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO				
Bairro.....	: MARACANA				
Cidade.....	: COLOMBO				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			UF...: PR	CEP: 83403499
CID Principal.....	: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 23/12/2024			Hora Saída : 18:49	
Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA					

HDA
PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HÁ 2 SEMANAS. HX DE FRATURA TIPO TORUS.

EXAME FISICO
PELE ÍNTEGRA. REFERE MELHORA DA DOR EM PUNHO ESQUERDO.

DIAGNOSTICO
FRATURA TIPO TORUS EM PUNHO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA TIPO TORUS EM PUNHO DIREITO

TRATAMENTO
AGENDAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA EM 2 SEMANAS;

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1501487	Prontuário: 1031217	SAME: 1031217	Hora Atend: 13:38	Data Atend:23/12/2024
Paciente.....	: RYAN ANGELO SOARES			Idade: 14 a	
Endereço.....	: RUA GERONIMO LAZAROTO SOBRINHO				
Bairro.....	: MARACANA				
Cidade.....	: COLOMBO				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			UF...: PR	CEP: 83408499
CID Principal.....	: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 23/12/2024			Hora Saída : 18:49	
Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA					

HDA
PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HÁ 2 SEMANAS. HX DE FRATURA TIPO TORUS.

EXAME FISICO
PELE ÍNTEGRA. REFERE MELHORA DA DOR EM PUNHO ESQUERDO.

DIAGNOSTICO
FRATURA TIPO TORUS EM PUNHO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA TIPO TORUS EM PUNHO DIREITO

TRATAMENTO
AGENDAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA EM 2 SEMANAS;

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208