

Atendimento: 1306533 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS Lote: 1582224 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 10779 Validade.:13/04/2023
Senha.....: 10779 Autoriz.:13/04/2023
Carteira.: 367898 Validade.: 02/05/2023 Titular...: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
: HUMBERTO GERONASSO

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
13/04/2023	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
13/04/2023	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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10779

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 10779
4 - Data de Autorização 13/04/2023	5 - Sentença 10779	10 - Nome SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 02/05/2023	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 367898			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 9551
15 - Nome do Profissional Solicitante SILVIO NEUPERT MASCHKE	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 13/04/2023	23 - Indicação Clínica BOLADA MAO ESQ / BASQUETE	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
Dados do Contrato e Execução			
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 (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 13/04/2023 2 13/04/2023	37 - Hr. Inicial 17:33 18:06	38 - Hr. Final 17:33 18:06	39 - Tabela 22 22
40 - Procedimento 10101039 40803120		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - MAO OU QUIRODRACTILO	
42 - Qlde. 001 001		43 - Via 1.0 1.0	44 - Tec. 65.00 30.64
45 - Fator R/Acr 65.00 30.64		46 - Valor Unitário 65.00 30.64	
47 - Valor Total 65.00 30.64			
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 Sítio 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 CPME (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			

1 - Registro ANS 0		3 - N.º Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				8 - Nome do Beneficiário SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS			
8 - Número da Carteira 367898		9 - Validade da Carteira		10 - Nome do Beneficiário SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado				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 - U.F. 41		19 - Código CBO 41		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 13/04/2023		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.		29 - Ql. Solic. 30 - Ql. Autoriz.	
1 22 10101039		Consulta em pronto socorro		1 0		1 0	
Dados do Contratado Executante				31 - Código CNES 3005585			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA					
Dados do Atendimento				32 - Tipo Atendimento 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 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(a) Profissional(s) Encarregado(s)				48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO			
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				57 - Assinatura do Responsável			
58 - Observação / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total da OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Responsável			



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

2 - Nº Guia no Prestador 1306533

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367898

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

41000000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

13/04/2023

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Encarregado(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pelo Conselho

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data/Hora: 13/04/2023 17:39:47

Contat.Cole:

Atendimento: 1306533

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Fernando Correa dos Santos
Nº da Carteirinha: 3.6.7898
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 20/09/2011

Nº da Guia: 10779

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/04/2023	16:43:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção com trauma	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno se encontrava na aula de educação física, realizando atividade quando ao segurar a bola ocorreu um trauma seguido de torção, os 4 últimos dedos da mão esquerda viraram para trás de forma brusca além do habitual. Região encontra-se levemente inchada (e pode inchar mais), também encontra-se dolorida.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Camila	13/04/2023

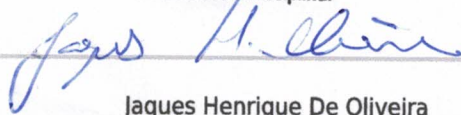
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41)3218-2181

Observações

Aluno recebeu os primeiros atendimentos na enfermaria escolar, aplicado gelo no local para ajudar com o inchaço. Entrado em contato com a mão por telefone que encontra-se ciente da situação.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:


Jaques Henrique 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

Atendimento.....: 1306533

Pedido.....: 732092

Paciente.....: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 13/04/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

17 de Abril de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
13/04/2023 17:39:19

Atendimento: 1306533 Data do Atendimento: 13/04/2023
Prontuário: 985076 Nome: SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 20/09/2011
RG: 155134925 CPF: 14437048903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998450318

Rua: HUMBERTO GERONASSO

Bairro: BARREIRINHA

Cidade: CURITIBA

Numero 863

CEP: 82560160

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367898

UF: PR

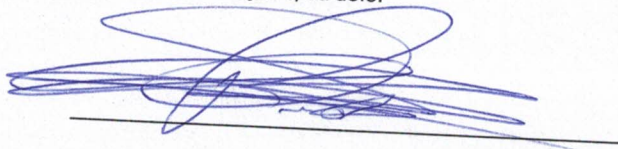
Médico: PLANTONISTA

Responsável:

CRM: 0000

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : SAMUEL FERNANDO, 11 ANOS.

Início da Triagem: 17:34:03.

Fim da Triagem: 17:36:27.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TORÇÃO EM ARTICULAÇÕES METACARPOFALANGIANAS DE 1º A 4º QDE HÁ APROX 40 MIN, DURANTE PARTIDA DE BASQUETE. REFERE DOR AO MOVIMENTO E APRESENTA EDEMA NOS LOCAIS.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: bpm FR: 18rpm Tax: 81°C SatO2: 97% ECG:
Dor: 7/10 AO MOVIMENTO

Data: 13/04/2023.

Enfermeiro Matheus Dallagrana

PRESCRIÇÃO.: 1480179 DATA: 13/04/2023 18:05
USUÁRIO.....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1306533 DT NASC: 20/09/2011 (11A 6M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 985076 - SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/04/2023 17:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

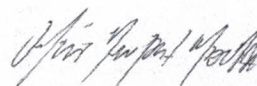
1306533

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

Obs.: AP + OBL



SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1306533 **Prontuário:** 985076 **SAME:** 985076 **Hora Atend:** 17:33 **Data Atend:** 13/04/2023
Paciente..... : SAMUEL FERNANDO CORREA DOS SANTOS **Idade:** 11 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 13/04/2023 **Hora Saída :** 18:39

Prestador da Evolução Médica: SILVIO NEUPERT MASCHKE

HDA

BOLADA MÃO ESQ / BASQUETE

EXAME FISICO

DOR + LIMITAÇÃO ADM DA II / III / IV MFs
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO MÃO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO MÃO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
GELO
ALIVIUM 200
ATESTADO

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA