

Atendimento: 1369346 - SAMUEL MACCHADO WON STEIN Lote: 1681341 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SAMUEL MACCHADO WON STEIN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 14327 Validade.:01/11/2023
Senha.....: 14327 Autoriz...:01/11/2023
Carteira.: 2117968 Validade.: 12/12/2023 Titular....: SAMUEL MACCHADO WON STEIN
 : SARGENTO ERWIN

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	38,96	0,00	0,00	0,00	0,00	38,96
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	107,00	0,00	0,00	0,00	0,00	107,00
Total da Conta:						219,60

MATERIAIS						
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO						
Data	Procedimento		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	08002517	ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
01/11/2023	08002523	ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
01/11/2023	08002608	ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	2,3985	7,20
01/11/2023	08002774	MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
Total :						38,96

TAXAS						
<u>270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO</u>						
<u>Procedimento</u>		<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
02000018	TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :						43,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS						
278 RAIOS X						
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF		Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	40803120	MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930						
Total :						30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909		CLINICO				

Atendimento: 1369346 - SAMUEL MACCHADO WON STEIN Lote: 1681341 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

<u>Data</u>	<u>Procedimento / Prestador - CRM - CPF</u>	<u>Unid./Ativ.</u>	<u>%Proc.</u>	<u>Qtde</u>	<u>VI Unitario</u>	<u>VI Total</u>
01/11/2023	30722420 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALA ATO RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	CLINICO	100,00%	1	42,0000	42,00
Total :						107,00

Total Geral: 219,60

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
01/11/2023 10:28:45

Atendimento: 1369346 Data do Atendimento: 01/11/2023
Prontuário: 1006055 Nome: SAMUEL MACCHADO WON STEIN
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 11/11/2009
RG: CPF: 13281058906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: SARGENTO ERWIN Numero 2214 CEP: 82515100
Bairro: BACACHERI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117968
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PRISCILA MARIA COELHO MACHADO WON 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.

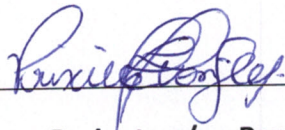
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

OK

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Machado Won Stein

Nº da Carteirinha: 2.11.7968

Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 11/11/2009

Nº da Guia: 14327



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	08:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava jogando vôlei na aula de Educação Física, ao tentar bloquear, a bola bateu na ponta do dedo. Apresenta inchaço no local e relata dor e latejamento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Philippe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Joel	01/11/2023

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

Aplicamos gelo no local e informamos a família para encaminhamento ao hospital.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14327

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
01/11/2023

5 - Sanha
14327

6 - Data de Validade da Senha
14327

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2117968

8 - Nome do Beneficiário
12/12/2023

9 - Nome
SAMUEL MACCHADO WON STEIN

10 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

11 - Código da Operadora
76530518000107

12 - Conselho Profissional
06

13 - Número no Conselho
0000

14 - UF
41

15 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

16 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

17 - Data da Solicitação
01/11/2023

18 - Indicação Clínica

19 - Código do Procedimento
25 - Descrição
ou Item Assistencial

20 - Tabela
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica

24 - Tipo Atendimento
32 - Tipo Atendimento
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 01/11/2023 10:24 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tg. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPM (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: VINICIUS HARAI
Data/Hora: 01/11/2023 10:27:43
Conta/Lote: 1681341
Atendimento: 1369346
ComêrcioCLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1681341



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

2 - Nº Guia no Prestador 14327

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/11/2023

5 - Senha
14327

6 - Data de Validade da Senha
14327

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14327

8 - Número da Carteira
2117968

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
SAMUEL MACCHADO WON STEIN

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 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 01/11/2023 10:24 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 65.00 65.00

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

Dr. RODRIGO SUASSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

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\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

PRESCRIÇÃO.: 1553133 DATA: 01/11/2023 10:47
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1369346 DT NASC: 11/11/2009 (13A 11M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 1006055 - SAMUEL MACCHADO WON STEIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2023 10:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1369346**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 1° QDD AP + PERFIL						

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PRESCRIÇÃO.: 1553165 DATA: 01/11/2023 11:26
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1369346 DT NASC: 11/11/2009 (13A 11M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006055 - SAMUEL MACCHADO WON STEIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2023 10:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1369346**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
		1					[01/11] . 11:26
2	C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	3	UNIDADE				
	-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13						
	FIOS UND	1	UNIDADE				
	-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO						
	12CM X 1,80M UND	2	UNIDADE				
	-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND						
	-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
	-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR: 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 01/11/2023 a 01/11/2023

Atendimento: 1369346 SAMUEL MACCHADO WON STEIN
Mãe: PRISCILLA MARIA COELHO MACHADO WON STEIN
Internação: 01/11/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 11/11/2009

Unidade:
Médico: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Evolução/Anotação: 00653096

Data: 01/11/2023 Hora: 15:13

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

03 ATADURA DE CREPE 10 CM
01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
02 ATADURAS GESSADAS 10 CM
30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
60 CM DE MICROPORE

Henrique F. Godoy
Tec. Enfermagem
COREN-PR 001.707.621

1679 HENRIQUE FRANÇA GODOY
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001707621

Período de 01/11/2023 a 01/11/2023

Atendimento: 1369346 SAMUEL MACCHADO WON STEIN
Mãe: PRISCILLA MARIA COELHO MACHADO WON STEIN
Internação: 01/11/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Evolução/Anotação:

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO.
APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.
LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAIS UTILIZADOS:
03 ATADURA DE CREPE 10 CM
01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
02 ATADURAS GESSADAS 10 CM
30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
60 CM DE MICROPORE

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1369346 Prontuário: 1006055 SAME: 1006055 Hora Atend: 10:24 Data Atend: 01/11/2023
Paciente..... : SAMUEL MACCHADO WON STEIN Idade: 13 a
Endereço..... : SARGENTO ERWIN
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82515100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... :
Data Saída..... : Hora Saída :

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSATO

HDA

TRAUMA AXIAL EM POLEGAR DIREITO CONTRA BOLA DE VOLEI. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO MCF.

EXAME FÍSICO

PELE ÍNTEGRA. AUMENTO DE VOLUME E DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DE ARTICULAÇÃO MCF DO POLEGAR. ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA ENGLOBANDO POLEGAR. PRESCREVO HETORI E LISADOR DIP, ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE MÃO;

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE POLEGAR DIREITO

Dr. RODRIGO SCUSSATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1369346
769567

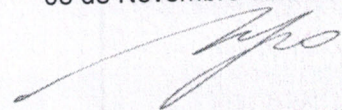
Paciente.....: SAMUEL MACCHADO WON STEIN
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA
Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO POLEGAR DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura epifisária da falange distal e proximal do polegar.

08 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149