

Atendimento: 1318839 - ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA Lote: 1601523 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 11442 Validade.:22/05/2023
Senha.....: 11442 Autoriz.:22/05/2023
Carteira...: 279763 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
: CANARIOS DOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00
Total da Conta:						160,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
22/05/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
22/05/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/05/2023	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
22/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982 CLINICO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
22/05/2023	30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982 CLINICO		100,00%	1	8,0000	8,00
22/05/2023	30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982 CLINICO		100,00%	1	50,0000	50,00
Total :						123,00

Atendimento: 1318839 - ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA Lote: 1601523 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 160,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 11442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
22/05/2023

5 - Sentia

11442

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11442

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
279763

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA

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
KARLA MULLER CARVALHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
14115

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
22/05/2023

23 - Indicação Clínica
UMA AMIGA PISOU NOS DEDOS DA MAO ESQ. QUEIXA DE DOR NO 4º QDE.

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Encarregado

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)

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	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitario	47-Valor Total
1 22/05/2023	16:01	16:01	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1	1.0	65.00	65.00
2 22/05/2023	16:01	16:01	22	30711010	IMOBILIZAÇÕES NAO-GESSADAS (QUILQUER SEGMENTO)	001	1		1.0	8.00	8.00
2 22/05/2023	16:01	16:01	22	30722349	FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	1		1.0	50.00	50.00
3 22/05/2023	16:01	16:01	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILIO	001			1.0	30.64	30.64
4 22/05/2023	16:21	16:21	22								

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPR 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 153.64 60 - Total de Taxas e Ausgus (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 6.54 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\$) 160.18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada	3 - Código CHES
000000	11442	3005565

Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA

Despesas Realizadas		5 - Código CHES
		3005565

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante	19	20	21	22	23	24	25	26	27
5 - 03	22/05/2023	16:01:11	a	16:01:11	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED1 HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.	19	70754284	1	036	1.00	5.12	1.33		
6 - 03	22/05/2023	16:01:11	16:01:11	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição:	TALAFIX DEDO 15X02CM MED12UNID 924-04	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33		
7 - 03	22/05/2023	16:01:11	16:01:11	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33		

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

1601523

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alexandre Dzazio Fausto de Almeida
Nº da Carteirinha: 2.79.763
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 06/06/2014

Nº da Guia: 11442

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2023	14:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

O Alexandre estava na aula de Ed. Física e uma colega acabou pisando em sua mão sem querer. Ele sente muita dor no local, e o dedo está um pouco roxo.

Testemunha da ocorrência

Katia

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Elizabete

Data

22/05/2023

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

Fizemos o atendimento e colocamos gelo no local e fizemos o encaminhamento para o Hospital. E avisamos aos pais.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rogério Pereira De Santana

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 - N° Guia no Prestador 11442

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Anbuido pela Operadora
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 279763	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA	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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/05/2023	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 10101039	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data	37 - Hora	38 - Hora	39 - Hora
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.
45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref.	49 - G. Part
50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO	56 - Data de Realização de 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 Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado
Impresso por: PATRICIA ROSA				
Data/Hora: 22/05/2023 16:08:37				
Atendimento: 1318239				
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				



2 - N° Guia no Prestador **11442**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

4 - Data de Autorização

3 - Nr. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

279763

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA

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

22/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

55 - Data de Realização de Procedimento em Site

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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 Beneficiário ou Responsável

Impresso por: PATRICIA ROSSA

Data/Hora: 22/05/2023 16:08:37

Assinamento: 42400000

Contatante

Impresso por: PATRICIA ROSA

Data/Hora: 22/05/2023 16:08:17

Contact: nte

Atendimento: 1318839

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CIRURGIA

**

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1318839**Pedido.....:** 739561**Paciente.....:** ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** KARLA MULLER CARVALHO**Data do Exame.:** 22/05/2023**RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA**

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Edema de partes moles ao nível do 4º dedo.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Maio de 2023

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
22/05/2023 16:07:13

Atendimento: 1318839 Data do Atendimento: 22/05/2023
Prontuário: 997467 Nome: ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 06/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: CANARIOS DOS Numero 381 CEP: 83045540
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279763
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CAMILLA HEBERLE DZAZIO 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.

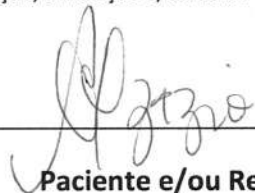
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

30711010-

30722349-

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA 8 A Início da Triagem: 15:59:19.
Fim da Triagem: 16:02:00.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE 2º E 3º DEDO DA MÃO, COM HEMATOMAS E DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 22/05/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1318839 **Prontuário:** 997467 **SAME:** 997467 **Hora Atend:** 16:01 **Data Atend:** 22/05/2023
Paciente..... : ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA **Idade:** 8 a
Endereço..... : CANARIOS DOS
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83045540
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/05/2023 **Hora Saída :** 17:01

Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

UMA AMIGA PISOU NOS DEDOS DA MÃO ESQ, QUEIXA DE DOR NO 4° QDE.

EXAME FISICO

EQUIMOSE E EDEMA IMPORTANTE NO 4° QDE
TEM FL-EXT ATIVA DAS IF'S

DIAGNOSTICO

FRAT DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE FALANGE

TRATAMENTO

TALA DE AL 3 SEMANAS
ALIVIUN GOTAS
30722349



KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1494450 DATA: 22/05/2023 16:21
USUÁRIO.....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1318839 DT NASC: 06/06/2014 (8A 11M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997467 - ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/05/2023 16:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1318839*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 4°QDE AP/P						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[22/05] . 16:21
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				


KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Período de 22/05/2023 a 22/05/2023

Atendimento: 1318839 ALEXANDRE DZAZIO FAUSTO DE ALMEIDA
Mãe: CAMILLA HEBERLE DZAZIO
Internação: 22/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 06/06/2014

Unidade:
Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00625618

Data: 22/05/2023 Hora: 17:51

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otávio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren: 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

Atendimento: 1320324 - ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA Lote: 1604010 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
Guia.....: 11532 Validade.:26/05/2023
Senha.....: 11532 Autoriz.:26/05/2023
Carteira.: 279410 Validade.: 31/12/2023 Titular....: ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA
: SLEIMAN FAYAD

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
Total :					61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEXANDRE EMRICH ZANETTI - 20957 03349883907	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 11532

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
26/05/2023

5 - Senha
11532

6 - Data de Validade da Senha
11532

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11532

8 - Número da Carteira
279410

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA

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
ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
20957

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
26/05/2023

23 - Indicação Clínica
PACIENTE FOI FAZER MANCHETE NO VOLEI E BATEU O POLEGAR ESQUERDO, RELATA TER "VIRADO" O DEDO ÀS 8:5

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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
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	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 26/05/2023	12:24	12:24	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 26/05/2023	12:38	12:38	22	40803120	RX - MMO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64
3 26/05/2023	12:38	12:38	22	40803120	RX - MMO OU QUIRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)

48-Sg. 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\$)
126.28

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\$)
126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Carolina Fulcher de Souza
Nº da Carteirinha: 2.79.410
Instituição: Colégio Adventista Afonso Peña

Data de Nascimento: 14/02/2010

Nº da Guia: 11532

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2023	10:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Aluna machucou o dedo com a bola, quando foi fazer uma manchete.

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando vôlei, e quando foi fazer uma manchete acabou torcendo o polegar da mão esquerda. Consequentemente sente dor, e não consegue movimentar o dedo.

Testemunha da ocorrência

Colega

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Angela

Data

26/05/2023

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

A aluna foi atendida na escola, colocamos gelo para não inchar, comunicamos os pais, e feito o encaminhamento para o hospital da XV.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	
5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	279410
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	M

13 - Código de Operadora	76530518000107			
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
PLANTONISTA	06	0000	41	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	26/05/2023	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Cx. SMC	28 - At. Autoriz.
1	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0
2	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0
3	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Específicos	
29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES	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

Dados da Exercício, 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(a) Executante(s)	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operacional/CPF			

	56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- _____	_____	_____
2- _____	_____	_____
3- _____	_____	_____
4- _____	_____	_____
5- _____	_____	_____
6- _____	_____	_____
7- _____	_____	_____
8- _____	_____	_____
9- _____	_____	_____
10- _____	_____	_____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320324**Pedido.....:** 740361**Paciente.....:** ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** FLAVIA MANFRONI**Data do Exame.:** 26/05/2023**RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

31 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320324**Pedido.....:** 740361**Paciente.....:** ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** FLAVIA MANFRONI**Data do Exame.:** 26/05/2023**RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO**

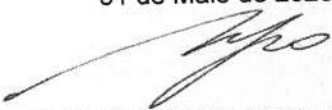
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

31 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
26/05/2023 12:30:04

Atendimento: 1320324 Data do Atendimento: 26/05/2023
Prontuário: 997696 Nome: ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 14/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: SLEIMAN FAYAD Numero 113 CEP: 83060350
Bairro: GUATUPE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279410
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FLAVIA DE MELLO FULCHER 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

Rx mão

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ANA CAROLINA R. DE SOUZA 13 ANOS

Início da Triagem: 12:09:10.

Fim da Triagem: 12:12:08.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MSE 1º DEDO DA MÃO

Comorbidades: Psiquiatria , ANSIEDADE E DEPRESSÃO.

MUC: RECONTER, VITAMINAS

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG: Dor:

Data: 26/05/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320324 Prontuário: 997696 SAME: 997696 Hora Atend: 12:24 Data Atend:26/05/2023
Paciente..... : ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA Idade: 13 a
Endereço..... : SLEIMAN FAYAD
Bairro..... : GUATUPE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83060350
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 26/05/2023 Hora Saída : 14:22
Prestador da Evolução Médica: 1765 ALEXANDRE EMRICH ZANETTI

HDA

PACIENTE FOI FAZER MANCHETE NO VOLEI E BATEU O POLEGAR ESQUERDO, RELATA TER "VIRADO" O DEDO ÀS 8:50. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FISICO

MÃO D: PELE E TENDÕES ÍNTEGROS, NV PRESERVADO, ADM RESTRITA PELA DOR, SEM DOR A PALPAÇÃO DA TABAQUEIRA ANATOMICA, SEM OUTRAS PARTICULARIDADES NO EXAME FISICO
STENNER NEGATIVO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO
CONTUSÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO

TRATAMENTO

ANALGESIA + GELO
ATESTADO DE HOJE
ORIENTO RETORNO SE SINAIS DE ALARME
R1 FLAVIA
DR MARCELO ORIENTA MINHAS CONDUTAS

Alexandre E. Zanetti
Ortopedia e Traumatologia
R. 10.463 SBO
CNPJ 20.957/PR
ALEXANDRE EMRICH ZANETTI / 20957
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1496001 DATA: 26/05/2023 12:37
USUÁRIO....: FLAVIA.MANFRONI
ATENDIMENTO: 1320324 DT NASC: 14/02/2010 (13A 3M 10D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 997696 - ANA CAROLINA FULCHER DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/05/2023 12:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: FLAVIA MANFRONI 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:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: AP + P + OBL (SUSPEITA FX DE POLEGAR)							
2 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						

[Handwritten Signature]
Dra. Flavia Manfroni
Médica
CRM-PR: 43410

FLAVIA MANFRONI
CRM: 43410

HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVEMBRO 2223 MV2000 - Sistema de Faturamento de Contas de Convenio Fatura Individual		Página : 1/2 Emitido por : CAMILA.ROS/ Em : 07/06/2023 09:20	
Atendimento: 1308283 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS Lote: 1584866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			
Paciente...: ANA LUIZA SULEK KNEVELS Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Sub Plano.: Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141 Guia.....: 10879 Validade.:19/04/2023 Senha.....: 10879 Autoriz.:19/04/2023 Carteira...: 2115522 Validade.: 02/05/2023 Titular....: ANA LUIZA SULEK KNEVELS : GUILHERME WEIGERT		Plano.....: UNICO	
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO			

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00
Total da Conta:						160,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
19/04/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
19/04/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
19/04/2023	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
19/04/2023	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO	CLINICO	100,00%	1	50,0000	50,00
Total :					123,00	

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1308283 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS Lote: 1584866 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 160,18



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10879

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/04/2023

5 - Senha

10879

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10879

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

21156522

02/05/2023

ANA LUIZA SULEK KNEVELS

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

06

17 - Número no Conselho

20141

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

19/04/2023

HA 2 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO 2 E 3 QDD NA MAO E NO BASQUETE NA ESCOLA

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Cl. Solic.

28 - Cl. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

11

9

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1	19/04/2023	12:02	12:02	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tg.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
2	19/04/2023	12:02	12:02	22	30711010	IMOBILIZACOES NMO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1	1	1.0	65.00	65.00
3	19/04/2023	12:02	12:02	22	30722349	FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	1	1	1.0	8.00	8.00
4	19/04/2023	12:34	12:34	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILIO	001	1	1	1.0	50.00	50.00
											30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) 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\$)

153.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

6.54

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\$)

160.18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação,

1 - Registro ANS	000000
2 - Número da Guia Referenciada	10879

Dados do Contratado Erecitante 3 - Código na Operadora 76530518000107	4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
--	--

5 - Código CNES
3005585

Despesa Realizada												
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$		
17- Registro ANVISA do Material												
18- Referência do material no fabricante												
5 -	03	19/04/2023	12:02:37	a	12:02:37	19	70272875	10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.												
6 -	03	19/04/2023	12:02:37		12:02:37	19	70754284	1	036	1.00	5.12	5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 92404												
7 -	03	19/04/2023	12:02:37		12:02:37	19	70799172	10	038	1.00	0.13	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparatrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m												

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	6.54
24 - Total de OPME (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Sulek Knevels

Nº da Carteirinha: 2.11.5522

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 17/09/2008

Nº da Guia: 10879



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2023	10:34:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
sozinha com bola	2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Na aula de educação física, jogando basquete, a aluna foi lançar a bola e acabou machucando os dedos da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marsele	19/04/2023

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
Colocamos gelo, imobilizei o dedo e informamos a família

Ass.: _____

Marsele Camargo

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10879

Folha: 1 / 1

1 - Registro AHS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Válida da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

2115522

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA LUIZA SULEK KNEVELS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante / Procedimento e Exames Realizados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Sess.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Exceção / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tip

45 - % Red / Autenc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data/Hora: 19/04/2023 12:09:51

Contatante

Atendimento: 1308283

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10879

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - N.º Guia Principal

4 - Data de Autização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

2115522

ANA LUIZA SULEK KNEVELS

N

Dados do Solicitante

13 - Código do Operadora

76630518000107

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 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

26 - Descrição

10101039

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

1

0

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

29 - Data de Solicitação

19/04/2023

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

3005585

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1308283**Pedido.....:** 733212**Paciente.....:** ANA LUIZA SULEK KNEVELS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**Data do Exame.:** 19/04/2023**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.

22 de Abril de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
19/04/2023 12:09:25

Atendimento: 1308283 Data do Atendimento: 19/04/2023
Prontuário: 854738 Nome: ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 17/09/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998037318
Rua: GUILHERME WEIGERT Numero 1725 CEP: 82720000
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115522
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

30711010.

30722349.

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ANA LUIZA SULEK KNEVELS - 14 ANOS

Início da Triagem:12:01:32.

Fim da Triagem:12:05:32.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO DEDO (INDICADOR E MEDIO) DA MA ESQUERDA, HOJE PELA MANHA.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:120/80 mmHg FC:96bpm FR:rpm
ECG: Dor:

Tax:36,6°C SatO2:97%

Data: 18/04/2023.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1308283 **Prontuário:** 854738 **SAME:** 854738 **Hora Atend:** 12:02 **Data Atend:** 19/04/2023
Paciente..... : ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Idade: 14 a
Endereço..... : GUILHERME WEIGERT
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA
UF...: PR **CEP:** 82720000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 19/04/2023 **Hora Saída :** 13:36

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ 2 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO 2 E 3 QDD NA MAO E NO BASQUETE NA ESCOLA

EXAME FISICO

TEM DOR NO 2 E 3 QDE
EDEMA LEVE LOCAL
FORÇA OK
DOR NA IFP DO 2 E 3
SEM EQUIMOSE

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 2 E 3 QDE
LESAO PLACA VOLAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 2 E 3 QDE
LESAO PLACA VOLAR

TRATAMENTO

ORIENTAOD
TALA DE ALUMINIO
RETORNO
30722349

*Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia*

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1482233 DATA: 19/04/2023 12:34
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1308283 DT NASC: 17/09/2008 (14A 7M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 854738 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/04/2023 12:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

CICLO...: 1/

1308283**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 2 E 3 QDE						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[19/04] 12:34
-> MICROPOR 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 19/04/2023 a 19/04/2023

Atendimento: 1308283 ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Mãe: TAYANA CECILIA SULEK CASTILHO
Internação: 19/04/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 17/09/2008

Unidade:
Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00619845

Data: 19/04/2023 Hora: 18:08

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Franciele Bibiano da Cruz
Téc de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Nascimento: 17/09/2008

Atendimento: 1308283 ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Mãe: TAYANA CECILIA SULEK CASTILHO
Internação: 19/04/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:
Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00619845

Data: 19/04/2023 Hora: 18:08

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Página: 0001/ 0001
Emitido por:FRANCIELE.CRI
Em: 19/04/2023 18:15

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Nascimento: 17/09/2008

Atendimento: 1308283 ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Mãe: TAYANA CECILIA SULEK CASTILHO
Internação: 19/04/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:
Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00619845

Data: 19/04/2023 Hora: 18:08

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA
MICROPORE 25MM - 10CM
ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Página: 0001/ 0001
Emitido por:FRANCIELE.CRI
Em: 19/04/2023 18:15

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1321281 - ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA Lote: 1605610 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: 11590 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2118103 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA
: LEONOR CASTELLANO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/05/2023	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 11590

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 29/05/2023	5 - Semta 11590	6 - Data de Validade da Semta 11590	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11590
---------------------------------------	--------------------	--	--

8 - Nome do Beneficiário 2118103	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-------------------------------------	--	---	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 41500	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO	21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/05/2023	23 - Indicação Clínica TRAUMA EM JOELHO DIREITO HOJE PELA MANHA, DURANTE BAULA DE EDUCACAO FISICA.	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
---	---------------------------------	--	---	--------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
--	----------------

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNEC 3005585
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtde. 001	43 - Via 001	44 - Rec. 001	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 39.83			
36 - Data 1 29/05/2023	37 - Hr. Inicial 22:53	38 - Hr. Final 23:01	39 - Tabela 40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 001	44 - Rec. 001	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 65.00	47 - Valor Total 39.83

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF	51 - Nome do Profissional		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		

59 - Total de Procedimentos (R\$) 104.83	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\$) 104.83
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ariel Diniz Machado da Silva

Nº da Carteira: 2.11.8103

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 27/08/2009

Nº da Guia: 11590



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2023	17:59:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava jogando futebol na aula de Educação Física, chocou-se com outro colega e caiu, batendo o joelho com força no chão. Relata dor ao firmar o pé no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vice-diretor Matheus	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vice-diretor Matheus	29/05/2023

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
Informamos a família e encaminhamos para atendimento médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
Ass.:
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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 11590

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nº Guia Principal
-----------------------	-----------------------

4 - Data de Autorização	5 - Série	6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2118103	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA	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 / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/05/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Q1 Solic 1	28 - Q1 Autoriz 0
--	--	-----------------------------------	--	------------------------	-------------------	--	--	--------------------	----------------------

Dados do Contrato Executante		29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
------------------------------	--	--------------------------	---	-----------------------------

Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do 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 - H. Inicial	38 - H. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q1de	43 - Via	44 - Têc	45 - % Red / Acrec	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	--	-----------	-----------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	--------------------	---------------------------	------------------------

Beneficiário do(a) Profissional(s) Executante(s)		48 - Seq Rót	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 de 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 Material (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11590

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

3 - Nr. Guia Principal

0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

218103

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 Sociedade / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/05/2023

23 - Indicação Clínica

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 Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (excl. Profissionais) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data da Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: LUCINEIA ALVES

DataHora: 29/05/2023 22:59:20

Contato: 6

Atendimento: 1321281

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1321281**Pedido.....:** 740998**Paciente.....:** ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**Data do Exame.:** 29/05/2023**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

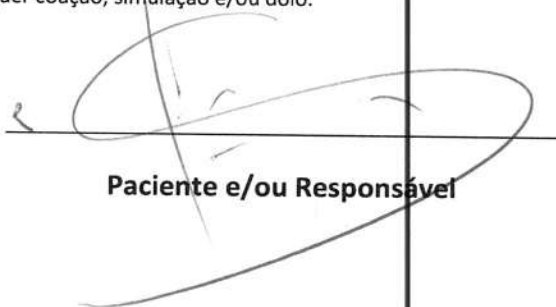
04 de Junho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
29/05/2023 22:58:56

Atendimento: 1321281 Data do Atendimento: 29/05/2023
Prontuário: 997917 Nome: ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 27/08/2009
RG: CPF: 14657296906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999090007
Rua: LEONOR CASTELLANO Numero 546 CEP: 82120330
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118103
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARIO CARLOS MACHADO DA SILVA Parentesco: PAI

- 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 : ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA

Início da Triagem 22:35:56.

Fim da Triagem 22:52:03.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM JOELHO DIREITO

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:86bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:99% ECG: Dor:

Data: 29/05/2023.

Enfermeiro (a) KESIA BELTRAO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1321281 Prontuário: 997917 SAME: 997917 Hora Atend: 22:53 Data Atend:29/05/2023
Paciente..... : ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA Idade: 13 a
Endereço..... : LEONOR CASTELLANO
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82120330
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 30/05/2023 Hora Saída : 00:48

Prestador da Evolução Médica: 1573 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

HDA

TRAUMA EM JOELHO DIREITO HOJE PELA MANHÃ, DURANTE BAULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

EXAME FISICO

JOELHO DIREITO
AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM RESTRITA POR DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

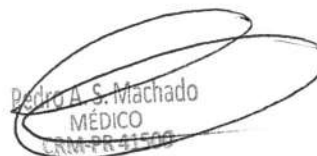
CONTUSÃO DO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DO JOELHO

TRATAMENTO

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 QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA
JOELHEIRA


Pedro A. S. Machado
MÉDICO
CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1497323 DATA: 29/05/2023 23:01
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1321281 DT NASC: 27/08/2009 (13A 9M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 997917 - ARIEL DINIZ MACHADO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/05/2023 22:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1321281*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1						
Obs.: FAZER A PATELA							

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

Atendimento: 1316491 - CALEBE TORMAN DA SILVA Lote: 1597830 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: CALEBE TORMAN DA SILVA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 11282 Validade.:15/05/2023
Senha.....: 11282 Autoriz.:15/05/2023
Carteira...: 2791679 Validade.: 30/10/2023 Titular....: CALEBE TORMAN DA SILVA
: MARANHAO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	24,95	0,00	0,00	0,00	0,00	24,95
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	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						171,59

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/05/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
15/05/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	1	11,1060	11,11
15/05/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	2	2,3985	4,80
Total :					24,95

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
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
15/05/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
15/05/2023	LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO - 17202 00371242932 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1316491 - CALEBE TORMAN DA SILVA Lote: 1597830 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

IONORARIOS 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>
	LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	CLINICO			Total :	73,00
					Total Geral:	171,59



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

2 - Nº Guia no Prestador 11282

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semte 11282	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11282
4 - Data de Autorização 15/05/2023	5 - Semte 11282	10 - Nome CALEBE TORMAN DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N

8 - Número da Carteira 2791679	9 - Validade da Carteira 30/10/2023	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--	----------------------------

13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17202	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/05/2023	23 - Indicação Clínica Caiu, com trauma no punho D e tem dor no local	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
--	----------------------------------	--	--	--------------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-------------	---	----------------

Dados do Contratado Especiente		31 - Código CNES 3005585
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	9	

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição						
1	15/05/2023	15:04	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.0	65.00
2	15/05/2023	15:04	22	30711010	IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	001	1			1.0	8.00
3	15/05/2023	15:28	22	40803112	RX - PUNHO	001					30.64

Identificação do(a) Profissional(es) Especiente(s)		52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional		

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	7 -	9 -
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -
6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 103.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00	61 - Total de Materiais (R\$) 24.95	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gastos Médicos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 171.59
---------------------------------	---	---	--	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/ISADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000	2 - Número da Guia Referenciada 11282	3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	5 - Código CUES 3005585
Despesas Realizadas					
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$					
17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante					
4 - 03 15/05/2023 15:04:00 a 15:04:00 19 70034583	1 045 1.00 11.11 11.11				
20 - Descrição: ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M	19 70034702 1 045 1.00 9.04 9.04				
5 - 03 15/05/2023 15:04:00	19 70852588 2 045 1.00 2.40 4.80				
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m	18 60023236 1 036 1.00 43.00 43.00				
7 - 07 15/05/2023 15:04:47	18 60023236 1 036 1.00 43.00 43.00				
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCACAO/RETRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.					
21 - Total de Gastos Medicacionais (R\$) 0.00					
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00					
23 - Total de Materiais (R\$) 24.95					
24 - Total de OPMs (R\$) 0.00					
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00					
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00					
27 - Total Geral (R\$) 67.95					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Calebe Torman da Silva
Nº da Carteira: 2.79.1679
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 12/06/2014

Nº da Guia: 11282

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2023	12:52:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O Calebe se bateu com o colega, que por sua vez caiu por cima dele, e consequentemente o Calebe bateu a mão no chão!

Testemunha da ocorrência	Telefone
Laudelice	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Elizabete	15/05/2023

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

Atendemos o aluno, passamos gelol e colocamos gelo no local. Avisamos aos pais e fizemos o encaminhamento médico!

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rogério Pereira De Santana

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador **1316491**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

3 - Nr. Guia Principal

0

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validação da Série

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

CALEBE TORMAN DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

2791679

Dados do Paciente

13 - Código da Operadora

76630518000107

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 - Cartão do Atendimento

15/05/2023

22 - Indicação Clínica

23 - Data de Solicitação

24 - Tipo de Atendimento

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (se 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 - Tdc.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rd.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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 Abundância (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

258 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

259 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

260 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

261 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

262 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

263 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1316491

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 pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Nome da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

2791679

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

21 - Curriculo de Atendimento

15/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Endereço do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC

3005585

Endereço do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Atendimento (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Endereço de 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 - Tdc.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: REBECA GOMES

Data/Mora: 15/05/2023 15:11:42

Central: cte:

Atendimento: 1316491

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1316491

Pedido.....: 738184

Paciente.....: CALEBE TORMAN DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 15/05/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

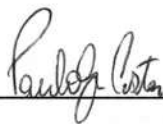
18 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZA
CRM 27

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
15/05/2023 15:11:08

Atendimento: 1316491 Data do Atendimento: 15/05/2023
Prontuário: 997064 Nome: CALEBE TORMAN DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 12/06/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARANHAO Numero 23 CEP: 83040060
Bairro: BONECA DO IGUACU Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791679
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PAULO GREGORIO COSTA DA SILVA Parentesco: PAI

- 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

30711010 -

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : CALEBE TORMAN DA SILVA - 8 ANOS

Início da Triagem: 14:59:55.

Fim da Triagem: 15:02:38.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA NO PUNHO DIREITO, CAIU EM CIMA DO BRAÇO HOJE NA ESCOLA..

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 89bpm FR: rpm Tax: 36,9°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 13/05/2023.

Enfermeiro (a) LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316491 **Prontuário:** 997064 **SAME:** 997064 **Hora Atend:** 15:04 **Data Atend:** 15/05/2023
Paciente..... : CALEBE TORMAN DA SILVA
Endereço..... : MARANHAO
Bairro..... : BONECA DO IGUACU
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/05/2023
UF...: PR **CEP:** 83040060
Plano...: UNICO
Hora Saída : 15:48
Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

Caiu, com trauma no punho D e tem dor no local

EXAME FISICO

I: sp
P: com dor no punho D
M: ampla e com dor

DIAGNOSTICO

Descolamento epifisário grau I do punho D
RX: sp

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Descolamento epifisário grau I do punho D
RX: sp

TRATAMENTO

Tala gessada; reavaliar em 3 semanas, orientação



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316491 **Prontuário:** 997064 **SAME:** 997064 **Hora Atend:** 15:04 **Data Atend:** 15/05/2023
Paciente..... : CALEBE TORMAN DA SILVA **Idade:** 8 a
Endereço..... : MARANHAO
Bairro..... : BONECA DO IGUACU
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83040060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/05/2023 **Hora Saída :** 15:48

Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

DIAGNOSTICO

Descolamento epifisário grau I do punho D
RX: sp



ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1491630 DATA: 15/05/2023 15:28
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1316491 DT NASC: 12/06/2014 (8A 11M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997064 - CALEBE TORMAN DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/05/2023 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER 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:

1316491

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

PRESCRIÇÃO.: 1491637 DATA: 15/05/2023 15:45
USUÁRIO.....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1316491 DT NASC: 12/06/2014 (8A 11M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997064 - CALEBE TORMAN DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/05/2023 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER 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:

1316491

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA GESSADA	1					[15/05] . 15:45
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	2	UNIDADE				
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	1	2 UNIDADE				

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

Período de 15/05/2023 a 15/05/2023

Atendimento: 1316491 CALEBE TORMAN DA SILVA

Nascimento: 12/05/2014

Mãe: DEBORA DA ROCHA TORMAN SILVA

Internação: 15/05/2023 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Evolução/Anotação: 00624371

Data: 15/05/2023

Hora: 17:34

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:

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

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001.732

1903 CRISTIANE MENDES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1738408

Endimento: 1320968 - CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS Lote: 1605111 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 11557 Validade.:29/05/2023
Senha.....: 11557 Autoriz.:29/05/2023
Carteira...: 2116377 Validade.: 22/02/2024 Titular....: CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS
: FERNANDO CORREA DE AZEVEDO

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento	7,54	0,00	0,00	0,00	0,00	7,54
MATERIAIS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
EXAMES E DIAGNOSTICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
IONORARIOS MEDICOS						
Total da Conta:						133,82

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento
29/05/2023	08007090 ATADURA CREPE 20CM 1,80MT CYSNE

Unid./Ativ.

RL

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	7,5449	7,54
Total :		7,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF
29/05/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)
29/05/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC
29/05/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

Unid./Ativ.

EXAME

EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	30,6400	30,64
1	30,6400	30,64
Total :		61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF
29/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901

Unid./Ativ.

UND

CLINICO

%Proc.

100,00%

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	65,0000	65,00
Total :		65,00

Total Geral: 133,82



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

2 - Nº Guia no Prestador 11557

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 29/05/2023	5 - Senha 11557	6 - Data de Validade da Senha 11557	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 11557
---------------------------------------	--------------------	--	---

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2116377	9 - Validade da Carteira 22/02/2024	10 - Nome CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS	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	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 29/05/2023	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE TORNOZELO DURANTE FUTEBOL NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL.	27 - Ql. Solic. 27	28 - Ql. Autoriz. 28
---	--	---	-----------------------	-------------------------

Dados do Contrato Excitante 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 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 29/05/2023	10:33	10:33	22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 29/05/2023	10:47	10:47	22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)
3 29/05/2023	10:47	10:47	22 40804097 RX - PE OU PODOCACTILIO
			42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
			001 1.0 65.00
			001 1.0 30.64
			001 1.0 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 dos Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - ____/____/____	6 - ____/____/____	7 - ____/____/____	8 - ____/____/____	9 - ____/____/____
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	4 - ____/____/____	5 - ____/____/____	6 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	3 - ____/____/____	4 - ____/____/____	5 - ____/____/____	6 - ____/____/____	7 - ____/____/____

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 126.28	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 7.54	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\$) 133.82
---------------------------------	---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

1605111



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	11557

Dados do Contratado Especialista	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
5 - Código CNEIS	
3005585	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material						18-Referência do material no fabricante				
4 - 03	29/05/2023	10:33:00	a	10:33:00	19	70034419	1	045	1.00	7.54
20 - Descrição: ATADURA CREPOM 20CMX1,8MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 165 920										

21 - Total de Gases Medicionais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	7.54	0.00	0.00	0.00	7.54

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 07/06/2023 10:28:12

Contatado: 1605111

Atendimento: 1320968

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1605111

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cauã de Andrade dos Santos

Nº da Carteira: 2.11.6377

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 16/11/2010

Nº da Guia: 11557



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2023	09:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava em aula de educação física, correndo atrás da bola, dois jogadores pressionaram o pé do aluno o qual iniciou com dores forte e inchaço.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Leonardo	29/05/2023

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
Monitores auxiliaram com gelo no local, não passando a dor, usou GELO spray, mas ainda esta doendo muito. Vamos comunicar os pais

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 / 3071-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

r. Haluz Girardi Presu
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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 11557

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/05/2023

5 - Sembr

11557

6 - Data de Validade da Sembr

11557

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2116377

9 - Validade da Carteira
22/02/2024

10 - Nome

CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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 de Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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

31 - Código CNES
3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 29/05/2023 10:33 10:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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 do Procedimento 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 CPME (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

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 11557

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/05/2023

5 - Senha

11557

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11557

8 - Número da Carteira
2116377

9 - Validade da Carteira
22/02/2024

10 - Nome
CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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 de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.
28 - Q2 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
04

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
9

34 - Tipo de Consulta
1

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
1 29/05/2023 10:33 10:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cod 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\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ALINE ANJOS

Data/Hora 29/05/2023 10:40:47

Contalote 1605111

Atendimento: 1320968

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

16N5111

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320968**Pedido.....:** 740825**Paciente.....:** CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** ABNER ALVES FERREIRA**Data do Exame.:** 29/05/2023**RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura epifisária da falange distal do halux.

04 de Junho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320968**Pedido.....:** 740825**Paciente.....:** CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** ABNER ALVES FERREIRA**Data do Exame.:** 29/05/2023**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

04 de Junho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
29/05/2023 10:38:54

Atendimento: 1320968 Data do Atendimento: 29/05/2023
Prontuário: 997875 Nome: CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 16/11/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: FERNANDO CORREA DE AZEVEDO

Número 139

CEP: 82410210

Bairro: SANTA FELICIDADE

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116377

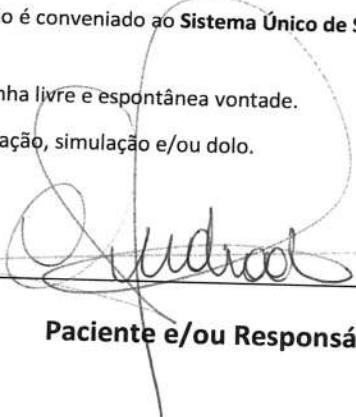
Médico: PLANTONISTA

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : CAUAN DE ANDRADE DOS SANTOS - 12 ANOS

Início da Triagem: 10:28:06.

Fim da Triagem: 10:30:41.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA NO PE ESQUERDO, COM DOR E EDEMA. HOJE PELA MANHA NA ESCOLA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: 84bpm

FR: rpm

Tax: 36,8°C

SatO2: 98%

ECG:

Dor:

Data: 29/05/2023.

Enfermeiro (a) LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320968 Prontuário: 997875 SAME: 997875 Hora Atend: 10:33 Data Atend: 29/05/2023
Paciente..... : CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS Idade: 12 a
Endereço..... : FERNANDO CORREA DE AZEVEDO
Bairro..... : SANTA FELICIDADE
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 82410210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/05/2023 Hora Saída : 19:38

Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO DURANTE FUTEBOL NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL. DEAMBULPOU APÓS ENTORSE;

EXAME FÍSICO

PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE AUMENTO DE VOLUME. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL; AUSÊNCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE 5º METATARSO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TONOZELO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TONOZELO ESQUERDO

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA DE CREPE. PRESCREVO NOVALGINA E ALIVIUM GOTAS. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO; REPOUSO DE ATIVIDADES FÍSICAS POR 7 DIAS.



ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320968 **Prontuário:** 997875 **SAME:** 997875 **Hora Atend:** 10:33 **Data Atend:** 29/05/2023
Paciente..... : CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS **Idade:** 12 a
Endereço..... : FERNANDO CORREA DE AZEVEDO
Bairro..... : SANTA FELICIDADE **UF..:** PR **CEP:** 82410210
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 19:38
Data Saída..... : 29/05/2023
Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO DURANTE FUTEBOL NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL. DEAMBULPOU APÓS ENTORSE;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUSENCIA DE AUMENTO DE VOLUME. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL; AUSENCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE 5º METATARSO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TONOELO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TONOELO ESQUERDO

TRATAMENTO

IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA DE CREPE. PRESCREVO NOVALGINA E ALIVIUM GOTAS. ORIENTO COMRPRESSAS COM GELO; REPOUSO DE ATIVIDADES FÍSICAS POR 7 DIAS.

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 19.208
CPF 025.935.829-01

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1496994 DATA: 29/05/2023 10:47
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1320968 DT NASC: 16/11/2010 (12A 6M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997875 - CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/05/2023 10:33 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1320968

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
2 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201



PRESCRIÇÃO.: 1497004 DATA: 29/05/2023 11:09
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1320968 DT NASC: 16/11/2010 (12A 6M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 997875 - CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/05/2023 10:33 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1320968

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS UND	1	UNIDADE			AGORA	[29/05] . 11:09

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

Período de 29/05/2023 a 29/05/2023

Atendimento: **1320968 CAUA DE ANDRADE DOS SANTOS**

Nascimento: 16/11/2010

Mãe: MARIANA SANTOS DE ANDRADE

Internação: 29/05/2023 CID: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00628125

Data: 29/05/2023

Hora: 12:30

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

01 ATADURA DE CREPE 20 CM

50 CM DE ESPARADRAPO

Kelly Cristina Walkiu
Enfermeira
COREN/PR 123713

0539 KELLY CRISTINA WALKIU
ENFERMEIRO(A)
COREN: 123713

Atendimento: 1315370 - DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA Lote: 1595956 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 11225 Validade.:11/05/2023
Senha.....: 11225 Autoriz.:11/05/2023
Carteira.: 2781500 Validade.: 12/12/2023 Titular....: DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
: VINTE E QUATRO DE MAIO
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00
Total da Conta:						160,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
11/05/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
11/05/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/05/2023	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
11/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
11/05/2023	MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTATO)	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
11/05/2023	MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998 30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADORATO	CLINICO	100,00%	1	50,0000	50,00
Total :						123,00

Atendimento: 1315370 - DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA Lote: 1595956 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 160,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 11225

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Semte

4 - Data de AutORIZACAO

11/05/2023

11225

11225

5 - Senha

2781500

9 - Validade da Carteira

12/12/2023

10 - Nome

DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA

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

MARIANA RIECHI AMATNECKS

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28506

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

11/05/2023

23 - Indicação Clínica

QUEDA HU PELA MANHA. TRAUMA EM MAO ESQUERDA. DOR LOCAL. NEGA ALERGIAS. TRATAMENTO DE ASMA.

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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 de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 11/05/2023 14:18 14:18 22 10101039

2 11/05/2023 14:18 14:18 22 30711010

3 11/05/2023 14:18 14:18 22 30722349

4 11/05/2023 14:38 14:38 22 40803120

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (OUALQUER SEGMENTO)
FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR
RX - MAO OU QUIRORODACTILO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1 1 1.0 65.00 65.00

001 1 1 1.0 8.00 8.00

001 1 1 1.0 50.00 50.00

001 1 1 1.0 30.64 30.64

Identificação (do(a) Profissional(a) 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\$)

153.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

6.54

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\$)

160.18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Referenciada 11225

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76530518000107
4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

5 - Código CNES 3005585

Despesas Realizadas

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 -	Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								
5 -	03	11/05/2023	14:18:39	a	14:18:39	19	70272875			0.09
20 -	Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.				1	036	1.00	5.12	5.12
6 -	03	11/05/2023	14:18:39							
20 -	Descrição:	TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04				10	038	1.00	0.13	1.33
7 -	03	11/05/2023	14:18:39							
20 -	Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m								

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	6.54	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	6.54
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	------

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 07/06/2023 09:57:23

Contato: 1595956

Atendimento: 1315370

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURTIBA

1595956

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Fernando Carsten Vieira
Nº da Carteirinha: 2.78.1500
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 16/03/2013

Nº da Guia: 11225



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/05/2023	10:39:00	Área Verde	Aula de educação física

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

Descrição
O aluna estava na aula de educação física, acabou tropeçando e caindo torcendo os dedos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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, colocado gelo e gelol spray, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.


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

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1315370**Pedido.....:** 737477**Paciente.....:** DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** MARIANA RIECHI AMATNECKS**Data do Exame.:** 11/05/2023**RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Linha radioluciente na falange proximal, podendo estar relacionada a traço de fratura. Correlacionar com dados clínicos.

Aumento do volume das partes moles.

14 de Maio de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
11/05/2023 14:25:13

Atendimento: 1315370 Data do Atendimento: 11/05/2023
Prontuário: 996845 Nome: DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 16/03/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: VINTE E QUATRO DE MAIO

Número 527

CEP: 83323060

Bairro: JARDIM PINHAIS

Cidade: PINHAIS

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781500

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.

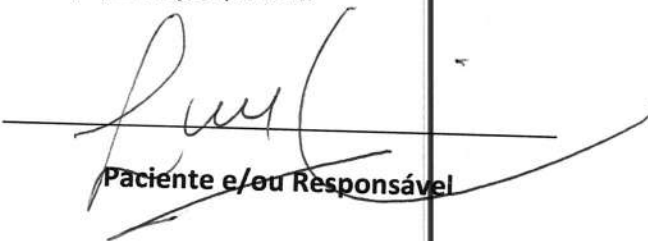
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

30711010

3072239-

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1315370 **Prontuário:** 996845 **SAME:** 996845 **Hora Atend:** 14:18 **Data Atend:** 11/05/2023
Paciente..... : DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA **Idade:** 10 a
Endereço..... : VINTE E QUATRO DE MAIO
Bairro..... : JARDIM PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 11/05/2023 **Hora Saída :** 15:02
Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

QUEDA HJ PELA MANHÃ. TRAUMA EM MÃO ESQUERDA.
DOR LOCAL.
NEGA ALERGIAS.
TRATAMENTO DE ASMA.

EXAME FISICO

AUMENTO DE VOLUME DIFUSO EM DEDOS DA MAO ESQUERDA
DOR EM 5 QDE, NA ARTIC IFP.
SEM DEFORMIDADES
SEM SINAIS DE LESÃO TENDINOSA .
NEUROL NORMAL.

DIAGNOSTICO

FRAT DE 5 QDE, TRATAMENTO CONSERVADOR.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE 5 QDE, TRATAMENTO CONSERVADOR.

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO
ALIVIUM 2 DIAS.
ORIENTAÇÕES
ATT EXERCICIOS
RETORNO

30722349

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506 / SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1490318 DATA: 11/05/2023 14:38
USUÁRIO.....: MARIANA.AMATNECKS
ATENDIMENTO: 1315370 DT NASC: 16/03/2013 (10A 1M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996845 - DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/05/2023 14:18 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1315370

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1						
Obs.: MAO ESQ AP, E OBL + 5 QDE AP E PERFIL.								

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 28506 / SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS
CRM: 28506

PRESCRIÇÃO.: 1490329 DATA: 11/05/2023 14:53
USUÁRIO....: MARIANA.AMATNECKS
ATENDIMENTO: 1315370 DT NASC: 16/03/2013 (10A 1M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996845 - DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/05/2023 14:18 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1315370

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM	1					[11/05] 14:53
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO 12 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506/SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS
CRM: 28506

Período de 11/05/2023 a 11/05/2023

Atendimento: 1315370 DAVI FERNANDO CARSTEN VIEIRA

Mãe: TELMA RA CARSTEN VIEIRA

Internação: 11/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 16/03/2013

Unidade:

Médico: MARIANA RIECHI AMATNECKS

Evolução/Anotação: 00623701

Data: 11/05/2023

Hora: 15:11

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

1903 CRISTIANE MENDES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1738408

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001.738.408

tendimento: 1318688 - GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ Lote: 1601245 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345
Guia.....: 11429 Validade.:22/05/2023
Senha.....: 11429 Autoriz.:22/05/2023
Carteira.: 279508 Validade.: 31/12/2023 Titular.: GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
: MONSENHOR DOMINGOS SALOMAO KAHEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/05/2023	40804038 ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCOS SATO - 11345 71710590904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 11429

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
22/05/2023

5 - Senha

11429

6 - Data de Validade da Senha

11429

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
279508

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome

GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ

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
MARCOS SATO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
11345

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/05/2023

23 - Indicação Clínica

FOI JOGADO POR OUTROS ALUNOS E CAIU NO SOLO

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
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
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

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

1 22/05/2023 11:31 11:31 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 22/05/2023 12:24 12:24 22 40804038 RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 31.72 65.00

001 31.72 31.72

Identificação do(a) Profissional(s) 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
96.72

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\$)
96.72

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel de Souza Pego Queiroz
Nº da Carteira: 2.79.508
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 24/01/2010

Nº da Guia: 11429

Data da Ocorrência	Horário	Local *	Atividade
22/05/2023	09:10:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O Gabriel estava jogando handebol e se chocou com outros colegas que o levantaram durante o impacto e ele caiu batendo o quadril esquerdo no chão. Consequentemente sente muita dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson	22/05/2023

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

Fizemos o atendimento, colocamos gelo no local e ligamos para o pai. Fizemos encaminhamento para o hospital XV.

Ass.: _____

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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 **11429**

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

279508

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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

Marcos Sato
CRM 11.145
Ortopedia e Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Escancelado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

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

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 / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: FERNANDA HERZ

Data/hora: 22/05/2023 11:39:07

Contabloc

Atendimento: 1318998

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

279508

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ

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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

22/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

31 - Ql. Solic.

32 - Ql. Autoriz.

33 - Ql. Solic.

34 - Ql. Autoriz.

35 - Ql. Solic.

36 - Ql. Autoriz.

37 - Ql. Solic.

38 - Ql. Autoriz.

39 - Ql. Solic.

40 - Ql. Autoriz.

41 - Ql. Solic.

42 - Ql. Autoriz.

43 - Ql. Solic.

44 - Ql. Autoriz.

45 - Ql. Solic.

46 - Ql. Autoriz.

47 - Ql. Solic.

48 - Ql. Autoriz.

49 - Ql. Solic.

50 - Ql. Autoriz.

51 - Ql. Solic.

52 - Ql. Autoriz.

53 - Ql. Solic.

54 - Ql. Autoriz.

55 - Ql. Solic.

56 - Ql. Autoriz.

57 - Ql. Solic.

58 - Ql. Autoriz.

59 - Ql. Solic.

60 - Ql. Autoriz.

61 - Ql. Solic.

62 - Ql. Autoriz.

63 - Ql. Solic.

64 - Ql. Autoriz.

65 - Ql. Solic.

66 - Ql. Autoriz.

67 - Ql. Solic.

68 - Ql. Autoriz.

69 - Ql. Solic.

70 - Ql. Autoriz.

71 - Ql. Solic.

72 - Ql. Autoriz.

73 - Ql. Solic.

74 - Ql. Autoriz.

75 - Ql. Solic.

76 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Excusante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente 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 - Ql. Solic.

43 - Ql. Autoriz.

44 - Ql. Solic.

45 - Ql. Autoriz.

46 - Ql. Solic.

47 - Ql. Autoriz.

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Autoriz.

50 - Ql. Solic.

51 - Ql. Autoriz.

52 - Ql. Solic.

53 - Ql. Autoriz.

54 - Ql. Solic.

55 - Ql. Autoriz.

56 - Ql. Solic.

57 - Ql. Autoriz.

58 - Ql. Solic.

59 - Ql. Autoriz.

60 - Ql. Solic.

61 - Ql. Autoriz.

62 - Ql. Solic.

63 - Ql. Autoriz.

64 - Ql. Solic.

65 - Ql. Autoriz.

Identificação do(a) Profissional(s) Excusante(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

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: FERNANDA HERZ

Data/hora: 22/05/2023 11:39:07

Contab.Cat

Atendimento: 1318688

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1318688
Pedido.....: 739494
Paciente.....: GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: MARCOS SATO
Data do Exame.: 22/05/2023

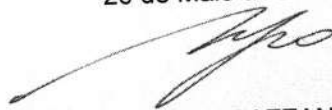
RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP comparativo e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aparente traço de fratura incompleta ao nível do colo femoral.

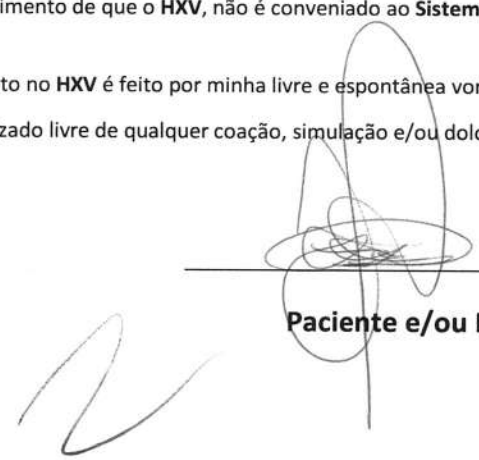
28 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
22/05/2023 11:38:06

Atendimento: 1318688 Data do Atendimento: 22/05/2023
Prontuário: 997449 Nome: GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 24/01/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MONSENHOR DOMINGOS SALOMAO KAHEL Numero: 116 CEP: 83020230
Bairro: Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279508
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: OZEIAS DE PAILO PEGO QUEIROZ Parentesco: PAI

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1318688 **Prontuário:** 997449 **SAME:** 997449
Paciente..... : GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
Endereço..... : MONSENHOR DOMINGOS SALOMAO KAHEL
Bairro..... :
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 22/05/2023

Hora Atend: 11:31 **Data Atend:** 22/05/2023
Idade: 13 a

UF...: PR **CEP:** 83020230
Plano...: UNICO

Hora Saída : 12:59

Prestador da Evolução Médica: 4 **MARCOS SATO**

HDA

FOI JOGADO POR OUTROS ALUNOS E CAIU NO SOLO

EXAME FISICO

DOR EM FACE POSTERO-LATERAL DE QUADRIL ESQUERDO
SOLICITO RX DE QUADRIL

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE QUADRIL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE QUADRIL

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
LOXONIN - GELO

Marcos SATO
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1494337 DATA: 22/05/2023 12:23
USUÁRIO.....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1318688 DT NASC: 24/01/2010 (13A 3M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997449 - GABRIEL DE SOUZA PEGO QUEIROZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/05/2023 11:31 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1318688

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO COXO-FEMURAL (ESQUERDO)	1					

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO
CRM: 11345

Atendimento: 1319847 - GABRIELLA SIMOES KAMINSKI Lote: 1603277 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELLA SIMOES KAMINSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 11504 Validade.:25/05/2023
Senha.....: 11504 Autoriz...:25/05/2023
Carteira.: 2782019 Validade.: Titular...: GABRIELLA SIMOES KAMINSKI
: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/05/2023	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 11504

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 11504	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11504
4 - Data de Autorização 25/05/2023	5 - Sentença	10 - Nome GABRIELLA SIMOES KAMINSKI	12 - Atendimento a RN N

8 - Número da Carteira 2782019	9 - Validade da Carteira	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	--------------------------	---

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/05/2023	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE JOELHO DIREITO HA 1H APROXIMADAMENTE DURANTE EDUCACAO FISICA; QUEIXA-SE DE DOR EM REC	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código ONES 3005585
---	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 1 25/05/2023 2 25/05/2023	37 - Hr. Inicial 10:13 10:27	38 - Hr. Final 10:13 10:27	39 - Tabela 22 22	40 - Procedimento 10101039 40804062	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - PATELA	42 - Ql.Cde. 001 001	43 - Via 1.0 1.0	44 - Têc. 65.00 31.72	45 - Fator R/Acr 65.00 31.72	46 - Valor Unitário 65.00 31.72	47 - Valor Total 65.00 31.72
---	---	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---	---	----------------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

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 Saúde 1 - ____/____/____ 2 - ____/____/____	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - ____/____/____ 4 - ____/____/____	58 - Observação / Justificativa 5 - ____/____/____ 6 - ____/____/____ 7 - ____/____/____ 8 - ____/____/____ 9 - ____/____/____ 10 - ____/____/____
---	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72	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\$) 96.72
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

16N3277

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Simões Kaminski
Nº da Carteirinha: 2.78.2019
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 01/12/2006

Nº da Guia: 11504



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/05/2023	08:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
A aluna estava na aula de Ed. Física e torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol no local, informando a responsável (mãe) e encaminhando ambos ao 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 997613

Folha: 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 997613	6 - Data da Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 997613	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 -
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 2782019	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GABRIELLA SIMOES KAMINSKI				
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 <i>Dr. Abner A. Ferreira</i>	21 -
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/05/2023	23 - Indicação Clínica				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
27 - Qt. Solic.						
Dados do Contratado - Excusante						
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	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 1 25/05/2023 10:13 22 10101039	CONSULTA EM PRONTO-SOCORRO					
42 - Qtds. 43 - Via 44 - T6a 45 - Valor Unitário 47 - Valor T6 001 1.0 65.00 65.00						
Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(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 CB						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -
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 <i>X</i>						
68 - Assinatura do Contratado						

Impresso por ALINE ANJOS

Data/Hora: 25/05/2023 10:19:49

Contato: 08-1603277

Atendimento: 1319847

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

*160327



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

2 - Nº Guia no Prestador 997613

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 997613	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 25/05/2023	5 - Senha 997613	6 - Data de Validade da Senha 997613	
8 - Número da Carteira 2782019	9 - Validade da Carteira 997613	10 - Nome GABRIELLA SIMOES KAMINSKI	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	
16 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	17 - Conselho Profissional 06	18 - UF 41	19 - Código CBO 0000
20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Abner A. Ferreira	21 - Assinatura do Profissional Solicitante Médico	22 - Data da Solicitação 25/05/2023	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 2	26 - Descrição 25/05/2023	27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	

32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 0	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 0	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 25/05/2023 10:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 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		
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			
68 - Assinatura do Contratado			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
25/05/2023 10:19:10

Atendimento: 1319847 Data do Atendimento: 25/05/2023
Prontuário: 997613 Nome: GABRIELLA SIMOES KAMINSKI
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 01/12/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO

Numero 1226

CEP: 82810080

Bairro: CAPAO DA IMBUIA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782019

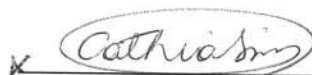
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: CATHIANE

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

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GABRIELA SIMOES - 16 ANOS

Início da Triagem: 10:12:03.

Fim da Triagem: 10:14:14.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO JOELHO DIREITO, HOJE PELA MANHA NA ESCOLA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:98bpm FR:rpm Tax:36,7°C SatO2:99% ECG:
Dor:

Data: .

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1319847 **Prontuário:** 997613 **SAME:** 997613 **Hora Atend:** 10:13 **Data Atend:** 25/05/2023
Paciente..... : GABRIELLA SIMOES KAMINSKI **Idade:** 16 a
Endereço..... : PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82810080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S834 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 25/05/2023 **Hora Saída :** 13:10

Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

ENTORSE DE JOELHO DIREITO HÁ 1H APROXIMADAMENTE DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA; QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO POSTERIOR DO JOELHO DIREITO

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUSENCIA DE AUMENTO DE VOLUME OU EQUIMOSE. DOR À PALPAÇÃO DIFUSA DO JOELHO. ESTRESSE EM VARO E VALGO NEGATIVOS, LACHMAN DURO.

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

PRESCREVO FLANCOX, LISADOR DIP. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E REPOUSO. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL CASO PERSISTENCIA DOS SINTOMAS, RETORNO NO PRONTO ATENDIMENTO SE NECESSÁRIO


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

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1495522 DATA: 25/05/2023 10:27
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1319847 DT NASC: 01/12/2006 (16A 5M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997613 - GABRIELLA SIMOES KAMINSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/05/2023 10:13 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1319847

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					

ABNER ALVES FERREIRA

CRM: 45201

Atendimento: 1316994 - JOAO PEDRO BATISTA Lote: 1598635 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO PEDRO BATISTA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 11318 Validade.:17/05/2023
Senha.....: 11318 Autoriz...:17/05/2023
Carteira...: 3357289 Validade.: 30/12/2023 Titular...: JOAO PEDRO BATISTA
: ANGELO FALAVINHA DALPRA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						104,83



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11318

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal					
4 - Data de Autorização 17/05/2023	5 - Senha 11318	6 - Data de Validade da Senha 11318	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11318			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 3357289	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome JOAO PEDRO BATISTA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM N
Dados do Solicitante						
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA					
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15485	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 17/05/2023	23 - Indicação Clínica PCTE REFERE QUE LEVOU UM BOLADA NO 5 QDD HOJE A TARDE , EVOLUIU COM DOR , EDEMA E LIMITACAO NEGA T				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição				
Dados do Contratado Executante						
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA					
Dados do Atendimento						
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	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						
1 16/05/2023 19:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO						
2 16/05/2023 20:17 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO						
42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total						
001 001 1.0 65.00 65.00						
001 001 1.0 39.83 39.83						
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\$) 104.83						
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\$) 104.83				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Batista
Nº da Carteira: 3 357 289
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 22/02/2017

Nº da Guia: 11318



Data da Ocorrência: 16/05/2023
Horário: 17:42:00
Local: Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Torceu o dedo minguinho da mão direita com a bola na aula de Educação física.

Testemunha da ocorrência

Orientadora Maria Etelvina

Telefone

(41) 99556-1959

Quem prestou primeiros socorros

Orientadora Maria Etelvina

Data

16/05/2023

Local de atendimento

Endereço

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

Nº

Bairro

Telefone

222
3

Alto da Xv

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Realizamos o primeiro atendimento e informamos a responsável legal via telefone.

Ass.:

Maria Etelvina de Souza Guimarães

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.485

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11318

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 Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3357289 9 - Validade da Carteira 10 - Nome JOAO PEDRO BATISTA 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107 14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA 12 - Atendimento a RN N

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 15485 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 17/05/2023 23 - Indicação Clínica PCTE REFERE QUE LEVOU UM BOLADA NO 5 QDD HOJE A TARDE, EVOLUIU COM DOR, EDEMA E LIMITACAO NEGA TRAI

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Código do Item Assistencial 10101039 28 - Descrição Consulta em pronto socorro

Dados do Contratado Escribente 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA 31 - Código CNES 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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Cide 43 - Via 44 - Tdc 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(es) Executante(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 54 - 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 O.P.M.E. (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

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 11318

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 Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 3357289 9 - Validade da Carteira 10 - Nome JOAO PEDRO BATISTA 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

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

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 15485 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 17/05/2023 23 - Indicação Clínica PCTE REFERE QUE LEVOU UM BOLADA NO 5 QDD HOJE A TARDE, EVOLUIU COM DOR, EDEMA E LIMITACAO NEGATIVA

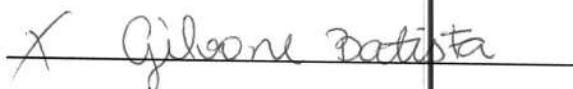
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Q1 Solic. 28 - Q2 Autogr. 29 - Q3 Autogr. 30 - Q4 Autogr. 31 - Q5 Autogr. 32 - Q6 Autogr. 33 - Q7 Autogr. 34 - Q8 Autogr. 35 - Q9 Autogr. 36 - Q10 Autogr. 37 - Q11 Autogr. 38 - Q12 Autogr. 39 - Q13 Autogr. 40 - Q14 Autogr. 41 - Q15 Autogr. 42 - Q16 Autogr. 43 - Q17 Autogr. 44 - Q18 Autogr. 45 - Q19 Autogr. 46 - Q20 Autogr. 47 - Q21 Autogr. 48 - Q22 Autogr. 49 - Q23 Autogr. 50 - Q24 Autogr. 51 - Q25 Autogr. 52 - Q26 Autogr. 53 - Q27 Autogr. 54 - Q28 Autogr. 55 - Q29 Autogr. 56 - Q30 Autogr. 57 - Q31 Autogr. 58 - Q32 Autogr. 59 - Q33 Autogr. 60 - Q34 Autogr. 61 - Q35 Autogr. 62 - Q36 Autogr. 63 - Q37 Autogr. 64 - Q38 Autogr. 65 - Q39 Autogr. 66 - Q40 Autogr. 67 - Q41 Autogr. 68 - Q42 Autogr. 69 - Q43 Autogr. 70 - Q44 Autogr. 71 - Q45 Autogr. 72 - Q46 Autogr. 73 - Q47 Autogr. 74 - Q48 Autogr. 75 - Q49 Autogr. 76 - Q50 Autogr. 77 - Q51 Autogr. 78 - Q52 Autogr. 79 - Q53 Autogr. 80 - Q54 Autogr. 81 - Q55 Autogr. 82 - Q56 Autogr. 83 - Q57 Autogr. 84 - Q58 Autogr. 85 - Q59 Autogr. 86 - Q60 Autogr. 87 - Q61 Autogr. 88 - Q62 Autogr. 89 - Q63 Autogr. 90 - Q64 Autogr. 91 - Q65 Autogr. 92 - Q66 Autogr. 93 - Q67 Autogr. 94 - Q68 Autogr. 95 - Q69 Autogr. 96 - Q70 Autogr. 97 - Q71 Autogr. 98 - Q72 Autogr. 99 - Q73 Autogr. 100 - Q74 Autogr. 101 - Q75 Autogr. 102 - Q76 Autogr. 103 - Q77 Autogr. 104 - Q78 Autogr. 105 - Q79 Autogr. 106 - Q80 Autogr. 107 - Q81 Autogr. 108 - Q82 Autogr. 109 - Q83 Autogr. 110 - Q84 Autogr. 111 - Q85 Autogr. 112 - Q86 Autogr. 113 - Q87 Autogr. 114 - Q88 Autogr. 115 - Q89 Autogr. 116 - Q90 Autogr. 117 - Q91 Autogr. 118 - Q92 Autogr. 119 - Q93 Autogr. 120 - Q94 Autogr. 121 - Q95 Autogr. 122 - Q96 Autogr. 123 - Q97 Autogr. 124 - Q98 Autogr. 125 - Q99 Autogr. 126 - Q100 Autogr. 127 - Q101 Autogr. 128 - Q102 Autogr. 129 - Q103 Autogr. 130 - Q104 Autogr. 131 - Q105 Autogr. 132 - Q106 Autogr. 133 - Q107 Autogr. 134 - Q108 Autogr. 135 - Q109 Autogr. 136 - Q110 Autogr. 137 - Q111 Autogr. 138 - Q112 Autogr. 139 - Q113 Autogr. 140 - Q114 Autogr. 141 - Q115 Autogr. 142 - Q116 Autogr. 143 - Q117 Autogr. 144 - Q118 Autogr. 145 - Q119 Autogr. 146 - Q120 Autogr. 147 - Q121 Autogr. 148 - Q122 Autogr. 149 - Q123 Autogr. 150 - Q124 Autogr. 151 - Q125 Autogr. 152 - Q126 Autogr. 153 - Q127 Autogr. 154 - Q128 Autogr. 155 - Q129 Autogr. 156 - Q130 Autogr. 157 - Q131 Autogr. 158 - Q132 Autogr. 159 - Q133 Autogr. 160 - Q134 Autogr. 161 - Q135 Autogr. 162 - Q136 Autogr. 163 - Q137 Autogr. 164 - Q138 Autogr. 165 - Q139 Autogr. 166 - Q140 Autogr. 167 - Q141 Autogr. 168 - Q142 Autogr. 169 - Q143 Autogr. 170 - Q144 Autogr. 171 - Q145 Autogr. 172 - Q146 Autogr. 173 - Q147 Autogr. 174 - Q148 Autogr. 175 - Q149 Autogr. 176 - Q150 Autogr. 177 - Q151 Autogr. 178 - Q152 Autogr. 179 - Q153 Autogr. 180 - Q154 Autogr. 181 - Q155 Autogr. 182 - Q156 Autogr. 183 - Q157 Autogr. 184 - Q158 Autogr. 185 - Q159 Autogr. 186 - Q160 Autogr. 187 - Q161 Autogr. 188 - Q162 Autogr. 189 - Q163 Autogr. 190 - Q164 Autogr. 191 - Q165 Autogr. 192 - Q166 Autogr. 193 - Q167 Autogr. 194 - Q168 Autogr. 195 - Q169 Autogr. 196 - Q170 Autogr. 197 - Q171 Autogr. 198 - Q172 Autogr. 199 - Q173 Autogr. 200 - Q174 Autogr. 201 - Q175 Autogr. 202 - Q176 Autogr. 203 - Q177 Autogr. 204 - Q178 Autogr. 205 - Q179 Autogr. 206 - Q180 Autogr. 207 - Q181 Autogr. 208 - Q182 Autogr. 209 - Q183 Autogr. 210 - Q184 Autogr. 211 - Q185 Autogr. 212 - Q186 Autogr. 213 - Q187 Autogr. 214 - Q188 Autogr. 215 - Q189 Autogr. 216 - Q190 Autogr. 217 - Q191 Autogr. 218 - Q192 Autogr. 219 - Q193 Autogr. 220 - Q194 Autogr. 221 - Q195 Autogr. 222 - Q196 Autogr. 223 - Q197 Autogr. 224 - Q198 Autogr. 225 - Q199 Autogr. 226 - Q200 Autogr. 227 - Q201 Autogr. 228 - Q202 Autogr. 229 - Q203 Autogr. 230 - Q204 Autogr. 231 - Q205 Autogr. 232 - Q206 Autogr. 233 - Q207 Autogr. 234 - Q208 Autogr. 235 - Q209 Autogr. 236 - Q210 Autogr. 237 - Q211 Autogr. 238 - Q212 Autogr. 239 - Q213 Autogr. 240 - Q214 Autogr. 241 - Q215 Autogr. 242 - Q216 Autogr. 243 - Q217 Autogr. 244 - Q218 Autogr. 245 - Q219 Autogr. 246 - Q217 Autogr. 247 - Q218 Autogr. 248 - Q219 Autogr. 249 - Q220 Autogr. 250 - Q221 Autogr. 251 - Q222 Autogr. 252 - Q223 Autogr. 253 - Q224 Autogr. 254 - Q225 Autogr. 255 - Q226 Autogr. 256 - Q227 Autogr. 257 - Q228 Autogr. 258 - Q229 Autogr. 259 - Q230 Autogr. 260 - Q231 Autogr. 261 - Q232 Autogr. 262 - Q233 Autogr. 263 - Q234 Autogr. 264 - Q235 Autogr. 265 - Q236 Autogr. 266 - Q237 Autogr. 267 - Q238 Autogr. 268 - Q239 Autogr. 269 - Q240 Autogr. 241 - Q242 Autogr. 243 - Q244 Autogr. 245 - Q246 Autogr. 247 - Q248 Autogr. 249 - Q250 Autogr. 251 - Q252 Autogr. 253 - Q254 Autogr. 255 - Q256 Autogr. 257 - Q258 Autogr. 259 - Q259 Autogr. 260 - Q261 Autogr. 262 - Q263 Autogr. 264 - Q265 Autogr. 266 - Q267 Autogr. 268 - Q269 Autogr. 270 - Q271 Autogr. 272 - Q273 Autogr. 274 - Q275 Autogr. 276 - Q277 Autogr. 278 - Q279 Autogr. 280 - Q281 Autogr. 282 - Q283 Autogr. 284 - Q285 Autogr. 286 - Q287 Autogr. 288 - Q289 Autogr. 290 - Q291 Autogr. 292 - Q293 Autogr. 294 - Q295 Autogr. 296 - Q297 Autogr. 298 - Q299 Autogr. 300 - Q301 Autogr. 302 - Q303 Autogr. 304 - Q305 Autogr. 306 - Q307 Autogr. 308 - Q309 Autogr. 310 - Q311 Autogr. 312 - Q313 Autogr. 314 - Q315 Autogr. 316 - Q317 Autogr. 318 - Q319 Autogr. 320 - Q321 Autogr. 322 - Q323 Autogr. 324 - Q325 Autogr. 326 - Q327 Autogr. 328 - Q329 Autogr. 330 - Q331 Autogr. 332 - Q333 Autogr. 334 - Q335 Autogr. 336 - Q337 Autogr. 338 - Q339 Autogr. 340 - Q341 Autogr. 342 - Q343 Autogr. 344 - Q345 Autogr. 346 - Q347 Autogr. 348 - Q349 Autogr. 350 - Q351 Autogr. 352 - Q353 Autogr. 354 - Q355 Autogr. 356 - Q357 Autogr. 358 - Q359 Autogr. 360 - Q361 Autogr. 362 - Q363 Autogr. 364 - Q365 Autogr. 366 - Q367 Autogr. 368 - Q369 Autogr. 370 - Q371 Autogr. 372 - Q373 Autogr. 374 - Q375 Autogr. 376 - Q377 Autogr. 378 - Q379 Autogr. 380 - Q381 Autogr. 382 - Q383 Autogr. 384 - Q385 Autogr. 386 - Q387 Autogr. 388 - Q389 Autogr. 390 - Q391 Autogr. 392 - Q393 Autogr. 394 - Q395 Autogr. 396 - Q397 Autogr. 398 - Q399 Autogr. 400 - Q401 Autogr. 402 - Q403 Autogr. 404 - Q405 Autogr. 406 - Q407 Autogr. 408 - Q409 Autogr. 410 - Q411 Autogr. 412 - Q413 Autogr. 414 - Q415 Autogr. 416 - Q417 Autogr. 418 - Q419 Autogr. 420 - Q421 Autogr. 422 - Q423 Autogr. 424 - Q425 Autogr. 426 - Q427 Autogr. 428 - Q429 Autogr. 430 - Q431 Autogr. 432 - Q433 Autogr. 434 - Q435 Autogr. 436 - Q437 Autogr. 438 - Q439 Autogr. 440 - Q441 Autogr. 442 - Q443 Autogr. 444 - Q445 Autogr. 446 - Q447 Autogr. 448 - Q449 Autogr. 450 - Q451 Autogr. 452 - Q453 Autogr. 454 - Q455 Autogr. 456 - Q457 Autogr. 458 - Q459 Autogr. 460 - Q461 Autogr. 462 - Q463 Autogr. 464 - Q465 Autogr. 466 - Q467 Autogr. 468 - Q469 Autogr. 470 - Q471 Autogr. 472 - Q473 Autogr. 474 - Q475 Autogr. 476 - Q477 Autogr. 478 - Q479 Autogr. 480 - Q481 Autogr. 482 - Q483 Autogr. 484 - Q485 Autogr. 486 - Q487 Autogr. 488 - Q489 Autogr. 490 - Q491 Autogr. 492 - Q493 Autogr. 494 - Q495 Autogr. 496 - Q497 Autogr. 498 - Q499 Autogr. 500 - Q501 Autogr. 502 - Q503 Autogr. 504 - Q505 Autogr. 506 - Q507 Autogr. 508 - Q509 Autogr. 510 - Q511 Autogr. 512 - Q513 Autogr. 514 - Q515 Autogr. 516 - Q517 Autogr. 518 - Q519 Autogr. 520 - Q521 Autogr. 522 - Q523 Autogr. 524 - Q525 Autogr. 526 - Q527 Autogr. 528 - Q529 Autogr. 530 - Q531 Autogr. 532 - Q533 Autogr. 534 - Q535 Autogr. 536 - Q537 Autogr. 538 - Q539 Autogr. 540 - Q541 Autogr. 542 - Q543 Autogr. 544 - Q545 Autogr. 546 - Q547 Autogr. 548 - Q549 Autogr. 550 - Q551 Autogr. 552 - Q553 Autogr. 554 - Q555 Autogr. 556 - Q557 Autogr. 558 - Q559 Autogr. 560 - Q561 Autogr. 562 - Q563 Autogr. 564 - Q565 Autogr. 566 - Q567 Autogr. 568 - Q569 Autogr. 570 - Q571 Autogr. 572 - Q573 Autogr. 574 - Q575 Autogr. 576 - Q577 Autogr. 578 - Q579 Autogr. 580 - Q581 Autogr. 582 - Q583 Autogr. 584 - Q585 Autogr. 586 - Q587 Autogr. 588 - Q589 Autogr. 590 - Q591 Autogr. 592 - Q593 Autogr. 594 - Q595 Autogr. 596 - Q597 Autogr. 598 - Q599 Autogr. 600 - Q601 Autogr. 602 - Q603 Autogr. 604 - Q605 Autogr. 606 - Q607 Autogr. 608 - Q609 Autogr. 610 - Q611 Autogr. 612 - Q613 Autogr. 614 - Q615 Autogr. 616 - Q617 Autogr. 618 - Q619 Autogr. 620 - Q621 Autogr. 622 - Q623 Autogr. 624 - Q625 Autogr. 626 - Q627 Autogr. 628 - Q629 Autogr. 630 - Q631 Autogr. 632 - Q633 Autogr. 634 - Q635 Autogr. 636 - Q637 Autogr. 638 - Q639 Autogr. 640 - Q641 Autogr. 642 - Q643 Autogr. 644 - Q645 Autogr. 646 - Q647 Autogr. 648 - Q649 Autogr. 650 - Q651 Autogr. 652 - Q653 Autogr. 654 - Q655 Autogr. 656 - Q657 Autogr. 658 - Q659 Autogr. 660 - Q661 Autogr. 662 - Q663 Autogr. 664 - Q665 Autogr. 666 - Q667 Autogr. 668 - Q669 Autogr. 670 - Q671 Autogr. 672 - Q673 Autogr. 674 - Q675 Autogr. 676 - Q677 Autogr. 678 - Q679 Autogr. 680 - Q681 Autogr. 682 - Q683 Autogr. 684 - Q685 Autogr. 686 - Q687 Autogr. 688 - Q689 Autogr. 690 - Q691 Autogr. 692 - Q693 Autogr. 694 - Q695 Autogr. 696 - Q697 Autogr. 698 - Q699 Autogr. 700 - Q701 Autogr. 702 - Q703 Autogr. 704 - Q705 Autogr. 706 - Q707 Autogr. 708 - Q709 Autogr. 710 - Q711 Autogr. 712 - Q713 Autogr. 714 - Q715 Autogr. 716 - Q717 Autogr. 718 - Q719 Autogr. 720 - Q721 Autogr. 722 - Q723 Autogr. 724 - Q725 Autogr. 726 - Q727 Autogr. 728 - Q729 Autogr. 730 - Q731 Autogr. 732 - Q733 Autogr. 734 - Q735 Autogr. 736 - Q737 Autogr. 738 - Q739 Autogr. 740 - Q741 Autogr. 742 - Q743 Autogr. 744 - Q745 Autogr. 746 - Q747 Autogr. 748 - Q749 Autogr. 750 - Q751 Autogr. 752 - Q753 Autogr. 754 - Q755 Autogr. 756 - Q757 Autogr. 758 - Q759 Autogr. 760 - Q761 Autogr. 762 - Q763 Autogr. 764 - Q765 Autogr. 766 - Q767 Autogr. 768 - Q769 Autogr. 770 - Q771 Autogr. 772 - Q773 Autogr. 774 - Q775 Autogr. 776 - Q777 Autogr. 778 - Q779 Autogr. 780 - Q781 Autogr. 782 - Q783 Autogr. 784 - Q785 Autogr. 786 - Q787 Autogr. 788 - Q789 Autogr. 790 - Q791 Autogr. 792 - Q793 Autogr. 794 - Q795 Autogr. 796 - Q797 Autogr. 798 - Q799 Autogr. 800 - Q801 Autogr. 802 - Q803 Autogr. 804 - Q805 Autogr. 806 - Q807 Autogr. 808 - Q809 Autogr. 810 - Q811 Autogr. 812 - Q813 Autogr. 814 - Q815 Autogr. 816 - Q817 Autogr. 818 - Q819 Autogr. 820 - Q821 Autogr. 822 - Q823 Autogr. 824 - Q825 Autogr. 826 - Q827 Autogr. 828 - Q829 Autogr. 830 - Q831 Autogr. 832 - Q833 Autogr. 834 - Q835 Autogr. 836 - Q837 Autogr. 838 - Q839 Autogr. 840 - Q841 Autogr. 842 - Q843 Autogr. 844 - Q845 Autogr. 846 - Q847 Autogr. 848 - Q849 Autogr. 850 - Q851 Autogr. 852 - Q853 Autogr. 854 - Q855 Autogr. 856 - Q857 Autogr. 858 - Q859 Autogr. 860 - Q861 Autogr. 862 - Q863 Autogr. 864 - Q865 Autogr. 866 - Q867 Autogr. 868 - Q869 Autogr. 870 - Q871 Autogr. 872 - Q873 Autogr. 874 - Q875 Autogr. 876 - Q877 Autogr. 878 - Q879 Autogr. 880 - Q881 Autogr. 882 - Q883 Autogr. 884 - Q885 Autogr. 886 - Q887 Autogr. 888 - Q889 Autogr. 890 - Q891 Autogr. 892 - Q893 Autogr. 894 - Q895 Autogr. 896 - Q897 Autogr. 898 - Q899 Autogr. 900 - Q901 Autogr. 902 - Q903 Autogr. 904 - Q905 Autogr. 906 - Q907 Autogr. 908 - Q909 Autogr. 910 - Q911 Autogr. 912 - Q913 Autogr. 914 - Q915 Autogr. 916 - Q917 Autogr. 918 - Q919 Autogr. 920 - Q921 Autogr. 922 - Q923 Autogr. 924 - Q925 Autogr. 926 - Q927 Autogr. 928 - Q929 Autogr. 930 - Q931 Autogr. 932 - Q933 Autogr. 934 - Q935 Autogr. 936 - Q937 Autogr. 938 - Q939 Autogr. 940 - Q941 Autogr. 942 - Q943 Autogr. 944 - Q945 Autogr. 946 - Q947 Autogr. 948 - Q949 Autogr. 950 - Q951 Autogr. 952 - Q953 Autogr. 954 - Q955 Autogr. 956 - Q957 Autogr. 958 - Q959 Autogr. 960 - Q961 Autogr. 962 - Q963 Autogr. 964 - Q965 Autogr. 966 - Q967 Autogr. 968 - Q969 Autogr. 970 - Q971 Autogr. 972 - Q973 Autogr. 974 - Q975 Autogr. 976 - Q977 Autogr. 978 - Q979 Autogr. 980 - Q981 Autogr. 982 - Q983 Autogr. 984 - Q985 Autogr. 986 - Q987 Autogr. 988 - Q989 Autogr. 990 - Q991 Autogr. 992 - Q993 Autogr. 994 - Q995 Autogr. 996 - Q997 Autogr. 998 - Q999 Autogr. 1000 - Q1001 Autogr. 1002 - Q1003 Autogr. 1004 - Q1005 Autogr. 1006 - Q1007 Autogr. 1008 - Q1009 Autogr. 1010 - Q1011 Autogr. 1012 - Q1013 Autogr. 1014 - Q1015 Autogr. 1016 - Q1017 Autogr. 1018 - Q1019 Autogr. 1020 - Q1021 Autogr. 1022 - Q1023 Autogr. 1024 - Q1025 Autogr. 1026 - Q1027 Autogr. 1028 - Q1029 Autogr. 1030 - Q1031 Autogr. 1032 - Q1033 Autogr. 1034 - Q1035 Autogr. 1036 - Q1037 Autogr. 1038 - Q1039 Autogr. 1040 - Q1041 Autogr. 1042 - Q1043 Autogr. 1044 - Q1045 Autogr. 1046 - Q1047 Autogr. 1048 - Q1049 Autogr. 1050 - Q1051 Autogr. 1052 - Q1053 Autogr. 1054 - Q1055 Autogr. 1056 - Q1057 Autogr. 1058 - Q1059 Autogr. 1060 - Q1061 Autogr. 1062 - Q1063 Autogr. 1064 - Q1065 Autogr. 1066 - Q1067 Autogr. 1068 - Q1069 Autogr. 1070 - Q1071 Autogr. 1072 - Q1073 Autogr. 1074 - Q1075 Autogr. 1076 - Q1077 Autogr. 1078 - Q1079 Autogr. 1080 - Q1081 Autogr. 1082 - Q1083 Autogr. 1084 - Q1085 Autogr. 1086 - Q1087 Autogr. 1088 - Q1089 Autogr. 1090 - Q1091 Autogr. 1092 - Q1093 Autogr. 1094 - Q1095 Autogr. 1096 - Q1097 Autogr. 1098 - Q1099 Autogr. 1100 - Q1101 Autogr. 1102 - Q1103 Autogr. 1104 - Q1105 Autogr. 1106 - Q1107 Autogr. 1108 - Q1109 Autogr. 1110 - Q1111 Autogr. 1112 - Q1113 Autogr. 1114 - Q1115 Autogr. 1116 - Q1117 Autogr. 1118 - Q1119 Autogr. 1120 - Q1121 Autogr. 1122 - Q1123 Autogr. 1124 - Q1125 Autogr. 1126 - Q1127 Autogr. 1128 - Q1129 Autogr. 1130 - Q1131 Autogr. 1132 - Q1133 Autogr. 1134 - Q1135 Autogr. 1136 - Q1137 Autogr. 1138 - Q1139 Autogr. 1140 - Q1141 Autogr. 1142 - Q1143 Autogr. 1144 - Q1145 Autogr. 1146 - Q1147 Autogr. 1148 - Q1149 Autogr. 1150 - Q1151 Autogr. 1152 - Q1153 Autogr. 1154 - Q1155 Autogr. 1156 - Q1157 Autogr. 1158 - Q1159 Autogr. 1160 - Q1161 Autogr. 1162 - Q1163 Autogr. 1164 - Q1165 Autogr. 1166 - Q1167 Autogr. 1168 - Q1169 Autogr. 1170 - Q1171 Autogr. 1172 - Q1173 Autogr. 1174 - Q1175 Autogr. 1176 - Q1177 Autogr. 1178 - Q1179 Autogr. 1180 - Q1181 Autogr. 1182 - Q1183 Autogr. 1184 - Q1185 Autogr. 1186 - Q1187 Autogr. 1188 - Q1189 Autogr. 1190 - Q1191 Autogr. 1192 - Q1193 Autogr. 1194 - Q1195 Autogr. 1196 - Q1197 Autogr. 1198 - Q1199 Autogr. 1200 - Q1201 Autogr. 1202 - Q1203 Autogr. 1204 - Q1205 Autogr. 1206 - Q1207 Autogr. 1208 - Q1209 Autogr. 1210 - Q1211 Autogr. 1212 - Q1213 Autogr. 1214 - Q1215 Autogr. 1216 - Q1217 Autogr. 1218 - Q1219 Autogr. 1220 - Q1221 Autogr. 1222 - Q1223 Autogr. 1224 - Q1225 Autogr. 1226 - Q1227 Autogr. 1228 - Q1229 Autogr. 1230 - Q1231 Autogr. 1232 - Q1233 Autogr. 1234 - Q1235 Autogr. 1236 - Q1237 Autogr. 1238 - Q1239 Autogr. 1240 - Q1241 Autogr. 1242 - Q1243 Autogr. 1244 - Q1245 Autogr. 1246 - Q1247 Autogr. 1248 - Q1249 Autogr. 1250 - Q1251 Autogr. 1252 - Q1253 Autogr. 1254 - Q1255 Autogr. 1256 - Q1257 Autogr. 1258 - Q1259 Autogr. 1260 - Q1261 Autogr. 1262 - Q1263 Autogr. 1264 - Q1265 Autogr. 1266 - Q1267 Autogr. 1268 - Q1269 Autogr. 1270 - Q1271 Autogr. 1272 - Q1273 Autogr. 1274 - Q1275 Autogr. 1276 - Q1277 Autogr. 1278 - Q1279 Autogr. 1280 - Q1281 Autogr. 1282 - Q1283 Autogr. 1284 - Q1285 Autogr. 1286 - Q1287 Autogr. 1288 - Q1289 Autogr. 1290 - Q1291 Autogr. 1292 - Q1293 Autogr. 1294 - Q1295 Autogr. 1296 - Q1297 Autogr. 1298 - Q1299 Autogr. 1300 - Q1301 Autogr. 1302 - Q1303 Autogr. 1304 - Q1305 Autogr. 1306 - Q1307 Autogr. 1308 - Q1309 Autogr. 1310 - Q1311 Autogr. 1312 - Q1313 Autogr. 1314 - Q1315 Autogr. 1316 - Q1317 Autogr. 1318 - Q1319 Autogr. 1320 - Q1321 Autogr. 1322 - Q1323 Autogr. 1324 - Q1325 Autogr. 1326 - Q1327 Autogr. 1328 - Q1329 Autogr. 1330 - Q1331 Autogr. 1332 - Q1333 Autogr. 1334 - Q1335 Autogr. 1336 - Q1337 Autogr. 1338 - Q1339 Autogr. 1340 - Q1341 Autogr. 1342 - Q1343 Autogr. 1344 - Q1345 Autogr. 1346 - Q1347 Autogr. 1348 - Q1349 Autogr. 1350 - Q1351 Autogr. 1352 - Q1353 Autogr. 1354 - Q1355 Autogr. 1356 - Q1357 Autogr. 1358 - Q1359 Autogr. 1360 - Q1361 Autogr. 1362 - Q1363 Autogr. 1364 - Q1365 Autogr. 1366 - Q1367 Autogr. 1368 - Q1369 Autogr. 1370 - Q1371 Autogr. 1372 - Q1373 Autogr. 1374 - Q1375 Autogr. 1376 - Q1377 Autogr. 1378 - Q1379 Autogr. 1380 - Q1381 Autogr. 1382 - Q1383 Autogr. 1384 - Q1385 Autogr. 1386 - Q1387 Autogr. 1388 - Q1389 Autogr. 1390 - Q1391 Autogr. 1392 - Q1393 Autogr. 1394 - Q1395 Autogr. 1396 - Q1397 Autogr. 1398 - Q1399 Autogr. 1400 - Q1401 Autogr. 1402 - Q1403 Autogr. 1404 - Q1405 Autogr. 1406 - Q1407 Autogr. 1408 - Q1409 Autogr. 1410 - Q1411 Autogr. 1412 - Q1413 Autogr. 1414 - Q1415 Autogr. 1416 - Q1417 Autogr. 1418 - Q1419 Autogr. 1420 - Q1421 Autogr. 1422 - Q1423 Autogr. 1424 - Q1425 Autogr. 1426 - Q1427 Autogr. 1428 - Q1429 Autogr. 1430 - Q1431 Autogr. 1432 - Q1433 Autogr. 1434 - Q1435 Autogr. 1436 - Q1437 Autogr. 1438 - Q1439 Autogr. 1440 - Q1441 Autogr. 1442 - Q1443 Autogr. 1444 - Q1445 Autogr. 1446 - Q1447 Autogr. 1448 - Q1449 Autogr. 1450 - Q1451 Autogr. 1452 - Q1453 Autogr. 1454 - Q1455 Autogr. 1456 - Q1457 Autogr. 1458 - Q1459 Autogr. 1460 - Q1461 Autogr. 1462 - Q1463 Autogr. 1464 - Q1465 Autogr. 1466 - Q1467 Autogr. 1468 - Q1469 Autogr. 1470 - Q1471 Autogr. 1472 - Q1473 Autogr. 1474 - Q1475 Autogr. 1476 - Q1477 Autogr. 1478 - Q1479 Autogr. 1480 - Q1481 Autogr. 1482 - Q1483 Autogr. 1484 - Q1485 Autogr. 1486 - Q1487 Autogr. 1488 - Q1489 Autogr. 1490 - Q1491 Autogr. 1492 - Q1493 Autogr. 1494 - Q1495 Autogr. 1496 - Q1497 Autogr. 1498 - Q1499 Autogr. 1500 - Q1501 Autogr. 1502 - Q1503 Autogr. 1504 - Q1505 Autogr. 1506 - Q1507 Autogr. 1508 - Q1509 Autogr. 1510 - Q1511 Autogr. 1512 - Q1513 Autogr. 1514 - Q1515 Autogr. 1516 - Q1517 Autogr. 1518 - Q1519 Autogr. 1520 - Q1521 Autogr. 1522 - Q1523 Autogr. 1524 - Q1525 Autogr. 1526 - Q1527 Autogr. 1528 - Q1529 Autogr. 1530 - Q1531 Autogr. 1532 - Q1533 Autogr. 1534 - Q1535 Autogr. 1536 - Q1537 Autogr. 1538 - Q1539 Autogr. 1540 - Q1541 Autogr. 1542 - Q1543 Autogr. 1544 - Q1545 Autogr. 1546 - Q1547 Autogr. 1548 - Q1549 Autogr. 1550 - Q1551 Autogr. 1552 - Q1553 Autogr. 1554 - Q1555 Autogr. 1556 - Q1557 Autogr. 1558 - Q1559 Autogr. 1560 - Q1561 Autogr. 1562 - Q1563 Autogr. 1564 - Q1565 Autogr. 1566 - Q1567 Autogr. 1568 - Q1569 Autogr. 1570 - Q1571 Autogr. 1572 - Q1573 Autogr. 1574 - Q1575 Autogr. 1576 - Q1577 Autogr. 1578 - Q1579 Autogr. 1580 - Q1581 Autogr. 1582 - Q1583 Autogr. 1584 - Q1585 Autogr. 1586 - Q1587 Autogr. 1588 - Q1589 Autogr. 1590 - Q1591 Autogr. 1592 - Q1593 Autogr. 1594 - Q1595 Autogr. 1596 - Q1597 Autogr. 1598 - Q1599 Autogr. 1600 - Q1601 Autogr. 1602 - Q1603 Autogr. 1604 - Q1605 Autogr. 1606 - Q1607 Autogr. 1608 - Q1609 Autogr. 1610 - Q1611 Autogr. 1612 - Q1613 Autogr. 1614 - Q1615 Autogr. 1616 - Q1617 Autogr. 1618 - Q1619 Autogr. 1620 - Q1621

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA
16/05/2023 19:59:29

OK

Atendimento: 1316994 Data do Atendimento: 16/05/2023
Prontuário: 997154 Nome: JOAO PEDRO BATISTA
Sexo: MASCULINO Idade: 6 Data de Nascimento: 22/02/2017
RG: CPF: 13188773935 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996225583
Rua: ANGELO FALAVINHA DALPRA Numero 951 CEP: 83407420
Bairro: JARDIM DAS GRACAS Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357289
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: GILVANE BATISTA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316994 **Prontuário:** 997154 **SAME:** 997154 **Hora Atend:** 19:53 **Data Atend:** 16/05/2023
Paciente..... : JOAO PEDRO BATISTA **Idade:** 6 a
Endereço..... : ANGELO FALAVINHA DALPRA
Bairro..... : JARDIM DAS GRACAS
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83407420
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/05/2023 **Hora Saída :** 21:23

Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE REFERE QUE LEVOU UM BOLADA NO 5 QDD HOJE A TARDE , EVOLUIU COM DOR , EDEMA E LIMITAÇÃO
NEGA TRAUMA
ALERGIA DE PELE

EXAME FISICO

TÊM AUMENTO DE VOLUME E DOR NA REGIÃO DO 5 QDD

DIAGNOSTICO

RX FRATURA SH TIPO 1

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX FRATURA SH TIPO 1

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO
ALIVIO // GELO



LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1492158 DATA: 16/05/2023 20:17
USUÁRIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1316994 DT NASC: 22/02/2017 (6A 2M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997154 - JOAO PEDRO BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/05/2023 19:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1316994

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1				
---	--------------------------------	---	--	--	--	--

Obs.: RX DO 5 QDD AP E P

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

Atendimento: 1316365 - JOAO VITOR AVILA BATISTA Lote: 1597642 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JOAO VITOR AVILA BATISTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 11274 Validade.:15/05/2023
Senha.....: 11274 Autoriz.:15/05/2023
Carteira.: 2333331 Validade.: 22/02/2024 Titular....: JOAO VITOR AVILA BATISTA
: SERIEMA

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
15/05/2023	40804054 JOELHO 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
15/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 11274

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/05/2023

5 - Senha

11274

6 - Data de Validade da Senha

11274

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

11274

8 - Número da Carteira

2333331

9 - Validade da Carteira

22/02/2024

10 - Nome

JOAO VITOR AVILA BATISTA

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45201

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ABNER ALVES FERREIRA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

15/05/2023

23 - Indicação Clínica

REFERE ENTORSE DE JOELHO DIREITO HOJE PELA MANHA NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR DIFUSA EM JOELHO.

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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

1 15/05/2023 11:32 11:32 22 10101039

2 15/05/2023 11:53 11:53 22 40804054

RX - JOELHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

001

1.0

1.0

65.00

30.64

65.00

30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Sg. 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

2 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

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 OPME (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

1507627

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Vitor Avila Batista

Nº da Carteira: 2.33.3331

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 06/12/2006

Nº da Guia: 11274



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2023	09:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava em educação física quando ao pegar a bola escorregou vindo a torcer o joelho, aparentemente sem inchaço mas o aluno reclamou de dor e disse estar com tontura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	15/05/2023

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
na sala de apoio foi feita compressa de gelo e a mãe foi avisada.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1316365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira
2333331

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOAO VITOR AVILA BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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

Dr. Abner A. Ferreira
Médico

CRM-PR: 45201

27 - Q1.Solic

28 - Q1.Autoriz

1

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação
15/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1.Solic

28 - Q1.Autoriz

1

0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de 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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Tec

45 - M Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Responsável pela Autorização

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Responsável pela Autorização

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Responsável pela Autorização

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Responsável pela Autorização

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Responsável pela Autorização

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Responsável pela Autorização

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Responsável pela Autorização

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Responsável pela Autorização

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Responsável pela Autorização

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Responsável pela Autorização

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Responsável pela Autorização

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Responsável pela Autorização

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Responsável pela Autorização

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Responsável pela Autorização

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Responsável pela Autorização

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Responsável pela Autorização

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Responsável pela Autorização

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Responsável pela Autorização

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Responsável pela Autorização

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Responsável pela Autorização

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Responsável pela Autorização

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Responsável pela Autorização

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Responsável pela Autorização

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Responsável pela Autorização

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Responsável pela Autorização

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Responsável pela Autorização

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Responsável pela Autorização

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Responsável pela Autorização

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Responsável pela Autorização

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Responsável pela Autorização

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Responsável pela Autorização

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Responsável pela Autorização

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Responsável pela Autorização

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Responsável pela Autorização

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Responsável pela Autorização

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Responsável pela Autorização

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Responsável pela Autorização

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Responsável pela Autorização

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Responsável pela Autorização

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Responsável pela Autorização

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Responsável pela Autorização

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Responsável pela Autorização

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Responsável pela Autorização

256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Responsável pela Autorização

259 - Assinatura do Beneficiário



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

2 - Nº Guia no Prestador 1316365

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 Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JOAO VITOR AVILA BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Abner A. Ferreira

Médico

CRM-PR: 45201

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

15/05/2023

23 - Indicação Clínica

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 Executado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEB

3005585

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. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ALINE AMOS

Data/Hora: 15/05/2023 11:40:14

Confirmação: *João Vitor Avila Batista*

Atendimento: 1316365

Conteúdo: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1316365**Pedido.....:** 738120**Paciente.....:** JOAO VITOR AVILA BATISTA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** ABNER ALVES FERREIRA**Data do Exame.:** 15/05/2023**RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Derrame articular.

18 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
15/05/2023 11:39:05

Atendimento: 1316365 Data do Atendimento: 15/05/2023
Prontuário: 997041 Nome: JOAO VITOR AVILA BATISTA
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 06/12/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: SERIEMA Numero 67 CEP: 83025340
Bairro: COLONIA RIO GRANDE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2333331
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JOAO LUIZ BATISTA Parentesco: PAI

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.

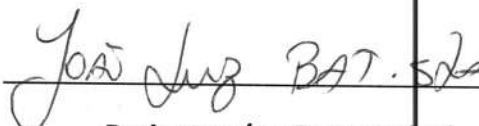
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : JOAO VITOR AVILA BATISTA - 16 ANOS

Início da Triagem: 11:30:35.

Fim da Triagem: 11:33:21.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO JOELHO DIREITO, QUEDA NA ESCOLA HOJE AS 11H

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: PLASIL E BUSCOPAM

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 68bpm FR: rpm Tax: 36,9°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 13/05/2023.

Enfermeiro (a) LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316365 Prontuário: 997041 SAME: 997041 Hora Atend: 11:32 Data Atend:15/05/2023
Paciente..... : JOAO VITOR AVILA BATISTA Idade: 16 a
Endereço..... : SERIEMA
Bairro..... : COLONIA RIO GRANDE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83025340
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S834 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 15/05/2023 Hora Saída : 20:20
Prestador da Evolução Médica: 1919 ABNER ALVES FERREIRA

HDA

REFERE ENTORSE DE JOELHO DIREITO HOJE PELA MANHÃ NA ESCOLA. QUEIXA-SE DE DOR DIFUSA EM JOELHO;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE. AUMENTO DE VOLUME EM JOELHO DIREITO. SINAL DO CUBO DE GELO NEGATIVO, ESTRESSE EM VARO E VALGO NEGATIVO. DOR AO ESTRESSE EM VALGO. LACHMAN DURO. ADM LIMITADA POR DOR;

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM, LISADOR DIP. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO, USO DE ORTESE DE JOELHO E REPOUSO.


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

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1491541 DATA: 15/05/2023 11:52
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1316365 DT NASC: 06/12/2006 (16A 5M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997041 - JOAO VITOR AVILA BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/05/2023 11:32 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1316365

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1						

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

PREScrição.: 1491541 DATA PRESCRIÇÃO: 15/05/2023 11:52
SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO NR CARTEIRA: 2333331
ATENDIMENTO: 1316365 VALIDADE: 22/02/2024
PACIENTE...: 997041 - JOAO VITOR AVILA BATISTA NASC: 06/12/2006 16A 5M 9D
ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESTADOR...: 45201 ABNER ALVES FERREIRA LEITO:
ACOMODAÇÃO.: UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
USUÁRIO: ABNER.FERREIRA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu
JOELHO A.P - LAT - OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1	*738120* 738120	15/05/2023 11:52		*967009* 967009 AT	32040148

ABNER ALVES FERREIRA
CRM : 45201

Atendimento: 1322313 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO Lote: 1607338 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO Plano.....: UNICO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 11533001 Validade...:01/06/2023
Senha.....: 11533001 Autoriz...:01/06/2023
Carteira...: 366227 Validade.: 31/12/2023 Titular...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
: LEANDRO ALBERT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF
01/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998

Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
UND	100,00%	1	65,0000	65,00
CLINICO				
Total :				65,00

Total Geral: 65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 11533001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semte 11533001	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11533001
4 - Data de Autorização 01/06/2023	5 - Semte 11533001	10 - Nome KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 366227	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
-----------------------	----------------------------------	--	--

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28506	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante MARIANA RIECHI AMATNECKS	22 - Data da Solicitação 01/06/2023	23 - Indicação Clínica RELATA QUE ESTA COM MUITA DOR AINDA. PIOR DOR NA REGIAO DO CALCANHAR.	27 - Qx. Solic. 28 - Qx. Autoriz.
---	--	---	--------------------------------------

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados	21 - Cartão do Atendimento 2	25 - Código do Procedimento 25 - Tabela ou Item Assistencial	26 - Descrição 26 - Tabela
---	---------------------------------	---	-------------------------------

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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 01/06/2023 15:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00
---	---	---

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	56 - 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
--	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

58 - Observação / Justificativa	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
--	---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

1607338

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1322313

Contato: 1607338

Data/Hora: 07/06/2023 10:28:45

Impresso por: CAMILA ROSA

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Klisciane Rayssa dos Santos Carmo
Nº da Carteirinha: 3.6.6227
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 11533.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/06/2023	12:43:22	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

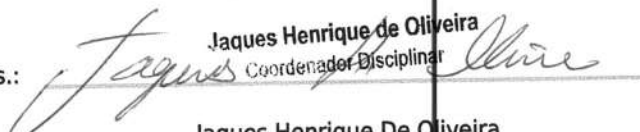
Descrição
Torceu o tornozelo na aula de educação física. Inchado e dolorido. Encaminhada ao setor ambulatorial.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa e Janaína	26/05/2023

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

Motivo do Retorno
Aluna não consegue vir ao colégio. Pé inchado, dolorido e está perdendo aulas sem justificativa, visto que não há atestado desses dias. Solicitamos atenção nesse caso e se possível encaminhar ao especialista. Agradecemos.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

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 11533001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
000000

4 - Data de Autorização
01/06/2023

5 - Senha
11533001

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
11533001

8 - Nome do Beneficiário
KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

9 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

10 - Nome do Conselho Profissional
06

11 - Número no Conselho
0000

12 - UF
41

13 - Código CBO
000

14 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra: Mariana R Amatecks

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Data da Solicitação
01/06/2023

17 - Indicação Clínica
2

18 - Código do Procedimento
26

19 - Descrição
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

20 - Nome do Contrato
HOSPITAL XV LTDA

21 - Código na Operadora
76530518000107

22 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

23 - Tipo de Atendimento
04

24 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)
9

25 - Tipo de Consulta
1

26 - Motivo de Encerramento do Atendimento
35

27 - Data de Realização de Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/06/2023 15:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

48 - Id. 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 da 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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante



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

2 - Nº Guia no Prestador 11533001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização 01/06/2023

5 - Senha 11533001

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11533001

8 - Número da Carteira 366227

9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a R/N 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 01/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/06/2023 15:40 15:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

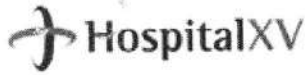
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
01/06/2023 15:42:49

Atendimento: 1322313 Data do Atendimento: 01/06/2023
Prontuário: 987636 Nome: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/07/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 36210803
Rua: LEANDRO ALBERT Numero 401 CEP: 80420020
Bairro: BATEL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366227
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ROSANA DOS SANTOS 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
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO 14 A Início da Triagem: 15:36:15.
Fim da Triagem: 15:38:56.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORCEU O TONZELO NA AULA DE EDUCAÇÃO FISICA HA 6 DIAS ATRÁS,
RETORNA PARA NOVA AVALIAÇÃO EM MID COM DOR

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 127X76 mmHg
Dor:

FC: 101bpm

FR: rpm

Tax: °C

SatO2: 98%

ECG:

Data: 01/06/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1322313 **Prontuário:** 987636 **SAME:** 987636 **Hora Atend:** 15:40 **Data Atend:** 01/06/2023
Paciente..... : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO **Idade:** 14 a
Endereço..... : LEANDRO ALBERT
Bairro..... : BATEL
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80420020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 01/06/2023 **Hora Saída :** 16:24

Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

RELATA QUE ESTÁ COM MUITA DOR AINDA.
PIOR DOR NA REGIÃO DO CALCANHAR.

EXAME FISICO

HIPEEREMIA E AUMENTO DE VOLUME NA REGIÃO DA INSERÇÃO DO AQUILES. DOR LOCAL.
DOR DIFUSA EM TNZ.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DIAGNOSTICO

CELULITE LOCAL?
LESÃO LIG TNZ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CELULITE LOCAL?
LESÃO LIG TNZ

TRATAMENTO

CEFALEXINA
MANTENHO ROBOFOOT, ORIENTO 2 MULETAS .
RNM
RETORNO AMB JÁ AGENDADO PARA PROXIMA SEMANA.


Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506/SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
 Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
 Guia.....: 11533 Validade...:26/05/2023
 Senha.....: 11533 Autoriz...:26/05/2023
 Carteira...: 366227 Validade.: 31/12/2023 Titular...: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
 : LEANDRO ALBERT

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	80,89	0,00	0,00	0,00	0,00	80,89
EXAMES E DIAGNOSTICOS	122,56	0,00	0,00	0,00	0,00	122,56
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MEDICAMENTOS	32,56	0,00	0,00	0,00	0,00	32,56
Total da Conta:						301,01

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	08002490 AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 BD	UND	1	1,7190	1,72
26/05/2023	08002863 EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL SLIP B.BRAUN	UND	1	56,6010	56,60
26/05/2023	08002848 SCALP 21G (ASEPTO) UND	UND	1	4,3380	4,34
26/05/2023	08002860 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/ AGULHA BD	UND	2	3,5370	7,07
26/05/2023	08002863 SERINGA DESCARTAVEL 3ML S/ AGULHA BD	UND	1	2,1690	2,17
26/05/2023	08007086 AGULHA PARA ASPIRAÇÃO 1,20X25	UND	3	2,9970	8,99
			Total :		80,89

278 **RAIOS X**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	2	30,6400	61,28
26/05/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	2	30,6400	61,28
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930		Total :		122,56

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
				Total :		65,00

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1320307 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO Lote: 1603985 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
26/05/2023	07001001 AGUA PARA INJECAO 10ML HYPOFARMA	AMP	1	0,4770	0,48
26/05/2023	07001090 CORTICOIDEX 4MG/ML 2,5ML AMP	AMP	1	4,2390	4,24
26/05/2023	07001303 NOVALGINA 1G AMP	AMP	1	3,7350	3,74
26/05/2023	07001325 PROFENID 100MG IV FR	BOLS	1	16,9740	16,97
26/05/2023	07001357 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML EP SIST.FECHADO B	FR	1	7,1280	7,13
Total :					32,56

Total Geral: 301,01

2 - Nº Guia no Prestador **11533**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 26/05/2023	5 - Senha 11533	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11533

Dados do Beneficiário		11333	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
366227	31/12/2023	KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO	
Dados do solicitante		12 - Atendimento a RV	
		N	

13 - Código da Operadora	76530518000107
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI
16 - Conselho Profissional	06
17 - Número no Conselho	33374
18 - UF	
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2		26/05/2023	PACIENTE FEZ ENTORSE NO PE DIREITO HOJE NA EDUCACAO FISICA, EVOLUINDO COM DOR E NAO CONSEGUE MAI
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	

27 - Q1.Solic.	28 - Q1.Autoriz.
----------------	------------------

Dados do Contratado Funcionário	
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES	

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

6-Data 37-Hr-Inicial 38-Hr-Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição										42-Qtde.	43-Via	44-Réc.	45-Fator R/Acc	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	26/05/2023	11:44	11:44	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0					
2	26/05/2023	12:21	12:21	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0		65,00		65,00	
3	26/05/2023	12:21	12:21	22	40804085	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0		30,64		30,64	
4	26/05/2023	12:21	12:21	22	40804095	RX - PE OU PODOACTILLO	001			1.0		30,64		30,64	
5	26/05/2023	12:21	12:21	22	40804097	RX - PE OU PODOACTILLO	001			1.0		30,64		30,64	

8-Sq. Ref.	49-Gr. Part	50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional	1.00	30.64	30.64
Indicação do(a) Profissional(iz Excedente(s))					

	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
- Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1 - / /				
2 - / /				
3 - / /				
4 - / /				
5 - / /				
6 - / /				
7 - / /				
8 - / /				
9 - / /				
10 - / /				
Observação / Justificativa				

- Total de Procedimentos (R\$)	187,56	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00	61 - Total de Materiais (R\$)	80,89	62 - Total de OPI/E (R\$)	0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	32,56	64 - Total de Gases Medicionais (R\$)	0,00	65 - Total Geral (R\$)	301,01
Assinatura do Responsável pela Autorização													
67 - Anotação de Resposta													

[illegible]



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		11533								
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA								
5 - Código CNES		3005585								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material										
18-Referência do material no fabricante										
6 -	03	26/05/2023	11:44:00	a	11:44:00	19	70015368		2.99	8.99
20 - Descrição: BD AGULHA PARA ASPIRACAO - Embalagem secundaria com 1 unidade										
7 -	03	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	19	70138923		4.34	4.34
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
8 -	03	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	19	70222800		56.60	56.60
20 - Descrição: FAMILIA DE EQUIPOS PARA INFUSAO GRAVITACIONAL DE SOLUCOES PARENTERAIS E MEDICACOES - Intratix Prime										
9 -	02	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	19	70705283		2.17	2.17
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Slip)										
10 -	03	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	19	70705321		3.53	7.07
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
11 -	02	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	20	90123115		7.13	7.13
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO B BRAUN 9 MG/ML SIS FECH 100 ML										
12 -	02	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	20	90167244		4.24	4.24
20 - Descrição: CORTICOIDEX										
13 -	02	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	20	90196031		3.74	3.74
20 - Descrição: NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST X 50 AMP VD AMB X 2 ML										
14 -	02	26/05/2023	11:44:00		11:44:00	20	90480112		16.97	16.97
20 - Descrição: BICERTO IV										
15 -	03	26/05/2023	11:44:56		11:44:56	19	70014280		1.72	1.72
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 07/08/2023 10:20:53

Controle: 1603985

Atendimento: 1320307

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1603985



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		11533	
Dados do Contrato Executante			
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA	
Despesas Realizadas			
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela		11-Código do Item	
17- Registro ANVISA do Material		18- Referência do material no fabricante	
16 - 02	26/05/2023	11:44:56 a 11:44:56	20 90425618
20 - Descrição: ISOFARMA - AGUA PARA INJECAO			
		12-Qtde.	13-Unidade de Medida
		1	001
		14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$
		1.00	0.48
		16-Valor Total - R\$	
		0.48	
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
22 - Total de Medicamentos (R\$) 32.56			
23 - Total de Materiais (R\$) 80.89			
24 - Total de OPME (R\$) 0.00			
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00			
27 - Total Geral (R\$) 113.45			

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 07/06/2023 10:20:53

Conta/Lote: 1603985

Atendimento: 1320307

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1603985

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Klisciane Rayssa dos Santos Carmo

Nº da Carteira: 3.6.6227

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 11533

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2023	10:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Torceu o tornozelo na aula de educação física. Inchado e dolorido. Encaminhada ao setor ambulatorial.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa e Janaína

Data

26/05/2023

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Atendida no ambulatório da unidade escola, foi aplicado gelo e feito contato com a mãe que irá levá-la ao hospital indicado.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 11533

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/05/2023

23 - Indicação Clínica

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 Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlote

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Rod / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Encarregado(a)

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Rayssa dos Santos Carmo

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 11533

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 Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

366227

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

22 - Data da Solicitação

26/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz

1 0

Dados do Contrato Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CHES
3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Q1de. 43 - Via 44 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Prestadores (Essenciais)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20-
21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30-
31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40-
41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50-
51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60-
61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70-
71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80-
81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90-
91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: SAMANTHA OLSTAN

Data/Hora: 26/05/2023 11:51:50

Contat.Cite

Atendimento: 1320307

Comêdo: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1320307

Pedido.....: 740355

Paciente.....: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FLAVIA MANFRONI

Data do Exame.: 26/05/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

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.

01 de Junho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1320307

Pedido.....: 740355

Paciente.....: KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: FLAVIA MANFRONI

Data do Exame.: 26/05/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Maio de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

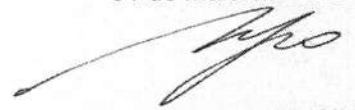
Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320307**Pedido.....:** 740355**Paciente.....:** KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** FLAVIA MANFRONI**Data do Exame.:** 26/05/2023**RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Halux valgus.

31 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320307**Pedido.....:** 740355**Paciente.....:** KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** FLAVIA MANFRONI**Data do Exame.:** 26/05/2023**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
26/05/2023 11:50:49

Atendimento: 1320307 Data do Atendimento: 26/05/2023
Prontuário: 987636 Nome: KLISCIA NE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/07/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 36210803
Rua: LEANDRO ALBERT Numero 401 CEP: 80420020
Bairro: BATEL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 366227
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

30428134 -

Rx pi

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO 14 A Início da Triagem: 11:36:27.
Fim da Triagem: 11:37:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID TORNOZELO COM EDEMA E DOR

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 26/05/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320307 **Prontuário:** 987636 **SAME:** 987636 **Hora Atend:** 11:44 **Data Atend:** 26/05/2023
Paciente..... : KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO **Idade:** 14 a
Endereço..... : LEANDRO ALBERT
Bairro..... : BATEL
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80420020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 26/05/2023 **Hora Saída :** 14:22

Prestador da Evolução Médica: 1166 **MARCELO OLIVEIRA ASINELLI**

HDA

PACIENTE FEZ ENTORSE NO PÉ DIREITO HOJE NA EDUCAÇÃO FISICA, EVOLUINDO COM DOR E NÃO CONSEGUE MAIS DEAMBULAR DESDE ENTÃO. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FISICO

JOELHO DIREITO INDOLOR A PALPAÇÃO
TORNOZELO D COM DOR A PALPAÇÃO DE MALEOLO LATERAL, HEMATOMA E AUMENTO DE VOLUME EM MALEOLO LATERAL, DOR A PALPAÇÃO DA BASE DO QUINTO META
NV PRESERVADO, TENDÕES E PELE INTEGRAS
RX COM SINAIS DE FX POR AVULSÃO DO NAVICULAR E POSSIVEL FX COM AVULSÃO DO MALEOLO POSTERIOR, FRAGMENTOS MÍNIMOS COM INDICAÇÃO DE TTO CX

DIAGNOSTICO

ENTORSE + FRATURA POR AVULSÃO DO NAVICULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE + FRATURA POR AVULSÃO DO NAVICULAR

TRATAMENTO

ROBOFOOT + ANALGESIA + GELO
ATESTADO
ORIENTO RETORNO COM ORTOPEDISTA DE PE E TORNOZELO EM ATÉ 10 DIAS
ORIENTO RETORNO SE SINAIS DE ALARME
30728134

MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1495989 DATA: 26/05/2023 12:19
USUÁRIO.....: FLAVIA.MANFRONI
ATENDIMENTO: 1320307 DT NASC: 12/07/2008 (14A 10M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987636 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/05/2023 11:44 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FLAVIA MANFRONI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. NOVALGINA 1G AMP	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/05] . 12:20
-> AGUA PARA INJEÇÃO 10ML	1	AMPOLA				
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 7 UND	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				
2 C.C. CORTICOIDEX 4MG/ML 2,5ML AMP	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/05] . 12:20
-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				
3 C.C. PROFENID 100MG IV FR	1	FRASCO AMP		EV	AGORA	[26/05] . 12:20
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA UND	1	UNIDADE				
-> AGULHA PARA ASPIRACAO 25X12 UND	1	UNIDADE				

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) Obs.: AP + P + MORTISE	1					
5 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) Obs.: AP + P + COM CARGA	1					
6 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
7 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
8 C.C. SCALP PUNCAO PA	1					[26/05] . 12:19
-> EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR IL SLIP UND	1	UNIDADE				
-> SCALP 21G (ASEPTO) UND	1	UNIDADE				

PRESCRIÇÃO.: 1495989 DATA: 26/05/2023 12:19
USUÁRIO.....: FLAVIA.MANFRONI
ATENDIMENTO: 1320307 DT NASC: 12/07/2008 (14A 10M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987636 - KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/05/2023 11:44 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FLAVIA MANFRONI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

Dra. Flavia Manfron
Médica
CRM-PR: 43410

FLAVIA MANFRONI
CRM: 43410

Período de 26/05/2023 a 26/05/2023

Atendimento: 1320307 KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO

Nascimento: 12/07/2008

Mãe: ROSANA DOS SANTOS DO CARMO

Internação: 26/05/2023 CID: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: FLAVIA MANFRONI

Evolução/Anotação: 00626365

Data: 26/05/2023

Hora: 14:19

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LUCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO MEDICAÇÃO EV + SORO. PUNCIONADO AVP EM MSD COM SCALP 21 + EQUIPO PARA SORO. ADMINISTRADO CPM. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO E CONDUTA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 SCALP 21

01 EQUIPO MACRO GOTAS COM RESPIRO

30 CM DE MICROPORE

01 BOLA DE ALGODÃO

05 ML DE ALCOOL 70%


Shirley Torreal
Téc. de Enfermagem
COREN/PR 001.384.846

1510 SHIRLEY PEREIRA DA SILVA TORREANI
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1384846

Atendimento: 1314983 - LARISSA CANTELE RIBEIRO Lote: 1595409 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LARISSA CANTELE RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 11195 Validade.:10/05/2023
Senha.....: 11195 Autoriz.:10/05/2023
Carteira.: 2337133 Validade.: 31/12/2023 Titular...: LARISSA CANTELE RIBEIRO
: - ATE 1751/1752 BARAO DO CERRO AZUL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	1,73	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MEDICAMENTOS	2,39	0,00	0,00	0,00	0,00	2,39
Total da Conta:						69,12

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2023	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	4	0,2916	1,17
10/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	60	0,0092	0,56
Total :					1,73

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
Total :						65,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2023	07003395 SOL CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML ISOFARMA	AMP	5	0,4770	2,39
Total :					2,39

Total Geral: 69,12



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

2 - Nº Guia no Prestador 11195

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 10/05/2023	5 - Sentia 11195
6 - Data de Validade da Sentia 11195	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11195
8 - Número da Carteira 2337133	9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome LARISSA CANTELE RIBEIRO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 20141	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/05/2023
23 - Indicação Clínica HA 1 H REFER QUE TEVE TRAUMA NO 4 QDE COM BOLA E DESCOLOU A UNHA	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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) 2
34 - Tipo de Consulta	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 10/05/2023 15:37 15:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65,00 65,00
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	
48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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\$) 65,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
61 - Total de Materiais (R\$) 1,73	62 - Total de CPME (R\$) 0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 2,39	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 69,12	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado	



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		5 - Código CNES						
000000		11195		3005585						
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante					
2 -	03	10/05/2023	15:37:00	a	15:37:00	19	70176035			1.17
20 - Descrição:	COMPRESSA 7,5CMX7,5CM 13FIOS ESTERIL OSUNID C23013									
3 -	02	10/05/2023	15:37:00			20	90303156			2.39
20 - Descrição:	SOLUCAO FISIOLÓGICA DE CLORETO DE SODIO EQUIPLEX 0,9%10ML									
4 -	03	10/05/2023	15:37:49			19	70272875			0.56
20 - Descrição:	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.									
21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
2.39										
23 - Total de Materiais (R\$)										
1.73										
24 - Total de OPME (R\$)										
0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										
0.00										
26 - Total de Diárias (R\$)										
0.00										
27 - Total Geral (R\$)										
4.12										

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Larissa Cantele Ribeiro
Nº da Carteira: 2.33.7133
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 12/12/2008

Nº da Guia: 11195



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2023	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava em educação física quando ao pegar a bola bateu em sua unha arrancando.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	10/05/2023

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
na sala de apoio foi feita limpeza e a mãe foi avisada.

Apoio Escolar

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.441

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 11195

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2337133

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LARISSA CANTELE RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

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
DR. GUILHERME A.S. STRATTA
CRM 002341
Otopedia Traumatologia

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
10/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento
Consulta em pronto socorro

26 - Descrição

27 - Q1.Solic.
1

28 - Q1.Autoriz.
0

Dados do Contrato Excitante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Qlido.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Excitante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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 11195

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LARISSA CANTELE RIBEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. GUILHERME A. S. STANISLAW

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

10/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Consultas em pronto socorro

10101039

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Executante

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

31 - Código CNES

3005585

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 - Tdc.

45 - % Red / Acrasc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

* Impresso por SAMANTHA OLSTAN

Data/Hora 10/05/2023 15:45:24

Cont'd. Doc.

Atendimento 1314983

Cont'd. CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

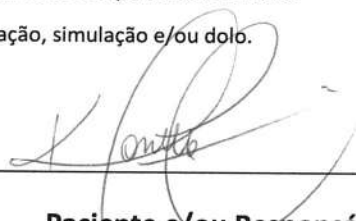
**

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
10/05/2023 15:44:26

Atendimento: 1314983 Data do Atendimento: 10/05/2023
Prontuário: 996782 Nome: LARISSA CANTELE RIBEIRO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/12/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988410236

Rua: - ATE 1751/1752 BARAO DO CERRO AZUL Numero 2670 CEP: 83005430
Bairro: CARIOCA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337133
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KELI CRISTINA 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

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : LARISSA CANTELE RIBEIRO 14 ANOS

Início da Triagem: 15:36:29.

Fim da Triagem: 15:39:25.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TRAUMA EM MSE UNHA DO 4º DEDO DA MÃO

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C

SatO2:% ECG: Dor:

Data: .

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1314983 **Prontuário:** 996782 **SAME:** 996782 **Hora Atend:** 15:37 **Data Atend:** 10/05/2023
Paciente..... : LARISSA CANTELE RIBEIRO
Idade: 14 a
Endereço..... : - ATE 1751/1752 BARAO DO CERRO AZUL
Bairro..... : CARIOCA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
UF..: PR **CEP:** 83005430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S611 - FERIMENTO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/05/2023 **Hora Saída :** 15:44

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ 1 H REFER QUE TEVE TRAUMA NO 4 QDE
COM BOLA E DESCOLOU A UNHA

EXAME FISICO

TEM DOR POUCO SANGRAMENTO
FORÇ AOK

DIAGNOSTICO

LESAO UNHA DO 4 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO UNHA DO 4 QDE

TRATAMENTO

ORIENTADO
CURATIVO
FOXIS

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1489949 DATA: 10/05/2023 15:44
USUÁRIO.....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1314983 DT NASC: 12/12/2008 (14A 4M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996782 - LARISSA CANTELE RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/05/2023 15:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S611 FERIMENTO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1314983

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 C.C. CURATIVO SIMPLES G	1					[10/05] 15:44
-> CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML AMP	5	AMPOLA				
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	4	UNIDADE				
C/5 UND ESTERIL						
-> MICROPORE 10MM X 10M CM	60	CENTIMETRO				

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 10/05/2023 a 10/05/2023

Atendimento: 1314983 LARISSA CANTELE RIBEIRO

Mãe: KELI CRISTINA CANTELE RIBEIRO

Nascimento: 12/12/2008

Internação: 10/05/2023 CID: S611 FERIMENTO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00623544

Data: 10/05/2023 Hora: 16:55

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO CURATIVO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
05 SF 0,9% 10 ML
04 GAZE 7,5/7,5
60 CM DE MICROPORE

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

Atendimento: 1315077 - LIVIA MARIA BATISTA Lote: 1595549 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LIVIA MARIA BATISTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 11204 Validade.:11/05/2023
Senha.....: 11204 Autoriz.:11/05/2023
Carteira.: 2337707 Validade.: 31/12/2023 Titular.: LIVIA MARIA BATISTA
: DAVID CAMPISTA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento	39,33	0,00	0,00	0,00	0,00	39,33
MATERIAIS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
TAXAS	79,66	0,00	0,00	0,00	0,00	79,66
EXAMES E DIAGNOSTICOS	85,80	0,00	0,00	0,00	0,00	85,80
IONORARIOS MEDICOS						
Total da Conta:						247,79

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
10/05/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
10/05/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	3	2,3985	7,20
10/05/2023	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
10/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	40	0,0092	0,37
Total :					39,33

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
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
10/05/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	39,8320	79,66
Total :					79,66

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

Atendimento: 1315077 - LIVIA MARIA BATISTA Lote: 1595549 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PRONTUÁRIO						
<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>
10/05/2023	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970 30712092 LUVA	CLINICO ATO	100,00%	1	20,8000	20,80
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO		Total :		85,80
				Total Geral:		247,79



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

2 - Nº Guia no Prestador 11204

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
11/05/2023

5 - Sentença
11204

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora
11204

8 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

9 - Nome do Beneficiário
LIVIA MARIA BATISTA

10 - Validade da Carteira
31/12/2023

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39478

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
PATRICK WILLIAN PADOANI

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
11/05/2023

23 - Indicação Clínica
QMN COM TRUAMA EM MAO ESQUERDA HOJE. DOR EM 40 E 50 DEDOS

27 - Qx Solic. 28 - Qx Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEB
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
11 2

34 - Tipo de Consulta

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 10/05/2023	21:09	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 10/05/2023	21:09	22	30712092	LUVIA - MAO OU QUIRODACTILO	
3 10/05/2023	22:17	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	
4 10/05/2023	22:17	22	40803120		

42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001				65,00	65,00
001	1			20,80	20,80
001				39,83	39,83
001				39,83	39,83

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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\$)
165,46

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
43,00

61 - Total de Materiais (R\$)
39,33

62 - Total de OPMs (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
247,79

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1505520

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1315077

Contato: 1955549

Data/Hora: 07/06/2023 09:53:44

Impresso por: CAMILLA ROSA



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 11204	
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
5 - Código CNES 3005585			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
5 - 03	10/05/2023	21:09:00	a	21:09:00	19	70034583	2	045	1.00	11.10	22.21
20 - Descrição: ATADURA GESSADA NEVE - 10CM X 3.0M											
6 - 03	10/05/2023	21:09:00			19	70034702	1	045	1.00	9.04	9.04
20 - Descrição: Atadura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Atadura Ortopédica de Algodão Cremer 15cm x 1,8											
7 - 03	10/05/2023	21:09:00			19	70852588	3	045	1.00	2.40	7.20
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m											
8 - 07	10/05/2023	21:09:05			19	66692666	1	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLOCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA.											
9 - 03	10/05/2023	21:09:05			19	70272875	40	038	1.00	0.00	0.37
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.											
10 - 03	10/05/2023	21:09:05			19	70861919	30	038	1.00	0.01	0.51
20 - Descrição: Malha Tubular Ortopédica Neve - MALHA TUBULAR ORTOPEIDICA NEVE 6,0CM X 25,0M											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	23 - Total de Materiais (R\$)	39.33	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	43.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	82.33
--------------------------------------	------	----------------------------------	------	-------------------------------	-------	--------------------------	------	--------------------------------------	-------	-----------------------------	------	------------------------	-------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lívia Maria Batista

Nº da Carteira: 2.33.7707

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 04/07/2012

Nº da Guia: 11204



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/05/2023	12:40:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

Descrição
A aluna tropeçou e caiu em cima da mão esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Carla	(41) 32051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Deise	10/05/2023

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
A aluna foi atendida na sala de apoio foi feito limpeza com soro fisiológico nos arranhões e compressa de gelo no braço. A mãe foi avisada.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

Daniele Novaes Torino

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 1315077

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

2337707

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LIVIA MARIA BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

13 - Código da Operadora

76630518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39478

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

11/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados da Exceção / 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 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 1315077

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

8 - Número da Carteira

2337707

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LIVIA MARIA BATISTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39478

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

11/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1.Solic

28 - Q1.Autoriz

29 - Q1.Solic

29 - Q1.Autoriz

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

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

Dados da Exceção / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (até 4 caracteres) (Essencial)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data/Hora: 11/05/2023 11:00:56

Controle:

Atendimento: 1315077

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Dr. Patrick Willian Padoani
CRM 394788/RP
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1315077**Pedido.....:** 737336**Paciente.....:** LIVIA MARIA BATISTA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PATRICK WILLIAN PADOANI**Data do Exame.:** 10/05/2023**RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA**

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do 5º dedo.

13 de Maio de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1315077

Pedido.....: 737336

Paciente.....: LIVIA MARIA BATISTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data do Exame.: 10/05/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do 5º dedo.

13 de Maio de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLEANDRO COSTA
10/05/2023 21:15:43

Atendimento: 1315077 Data do Atendimento: 10/05/2023
Prontuário: 996802 Nome: LIVIA MARIA BATISTA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 04/07/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991914192
Rua: DAVID CAMPISTA Numero 1123 CEP: 83045060
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337707
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

30712092 -

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1315077 **Prontuário:** 996802 **SAME:** 996802 **Hora Atend:** 21:09 **Data Atend:** 10/05/2023
Paciente..... : LIVIA MARIA BATISTA **Idade:** 10 a
Endereço..... : DAVID CAMPISTA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83045060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 11/05/2023 **Hora Saída :** 02:15

Prestador da Evolução Médica: 1164 **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA

QMN COM TRUAMA EM MAO ESQUERDA HOJE. DOR EM 4o E 5o DEDOS

EXAME FISICO

BEG
EDEMA + DOR PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO + EQUIMOSE VOLAR DE IFP
ADM E NV PRESERVADOS
RX: LESAO DE PLACA VOLAR

DIAGNOSTICO

FRATURA DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE FALANGE

TRATAMENTO

ALINHAMENTO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA INTRINSSECA
ALIVIO + ORIENTAÇÕES
RETORNO COMESPECIALISTA EM 10 DIAS
RETORNO PA SE SINAIS DE ALERTA

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 - RQE 28453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1490067 DATA: 10/05/2023 22:17
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1315077 DT NASC: 04/07/2012 (10A 10M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996802 - LIVIA MARIA BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/05/2023 21:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1315077

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	\$N	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
2 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

Obs.: 4o E 5o DEDOS



PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

PRESCRIÇÃO.: 1490080 DATA: 10/05/2023 22:59
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1315077 DT NASC: 04/07/2012 (10A 10M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 996802 - LIVIA MARIA BATISTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/05/2023 21:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1315077*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[10/05] . 22:59
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13	3	UNIDADE				
FIOS UND						
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	1	UNIDADE				
12CM X 1,80M UND						
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				



PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

Período de 11/05/2023 a 11/05/2023

Atendimento: 1315077 LIVIA MARIA BATISTA

Mãe: FERNANDA MAESTRELLI

Internação: 10/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 04/07/2012

Unidade:

Médico: PATRICK WILLIAN PADOANI

Evolução/Anotação: 00623622

Data: 11/05/2023 Hora: 00:46

TALA GESSADA

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

40 CM DE MICROPORE

Julia Kowalczyk Alves
Téc. de Enfermagem

0873 JULIA KOWALCZUK ALVES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 353173

Endereço: 1313405 - LUCCA MARCHI BARBIERI Lote: 1593045 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUCCA MARCHI BARBIERI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia.....: 11137 Validade.:05/05/2023
Senha.....: 11137 Autoriz.:05/05/2023
Carteira.: 2116470 Validade.: 30/12/2023 Titular.: LUCCA MARCHI BARBIERI
: JEREMIAS MACIEL PERRETTO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
MATERIAIS	15,18	0,00	0,00	0,00	0,00	15,18
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						111,90

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
05/05/2023	08007090 ATADURA CREPE 20CM 1,80MT CYSNE	RL	2	7,5449	15,09
Total :					15,18

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2023	40804062 PATELA	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974

Total Geral: 111,90



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

Folha: 1 / 1

2 - Nº Guia no Prestador 11137

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semt 11137	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11137	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 05/05/2023	5 - Semt 11137	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome LUCCA MARCHI BARBIERI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2116470	13 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45222	18 - UF 41
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45222	18 - UF 41
15 - Nome do Profissional Solicitante GREGORIO FADEL DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45222	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/05/2023	23 - Indicação Clínica LUXACAO DE PATELA ESQUERDA DURANTE MOVIMENTO TORCIONAL DE JOELHO EM EDUCACAO FISICA, REDUZIDA	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição			

31 - Código CNES
3005585

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
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 Atendimento (incidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	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 05/05/2023 17:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 05/05/2023 18:10 22 40804062 RX - PATELA	42 - Qlde. 001	43 - Via 001	44 - Tec. 1.0
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
Identificação (do(a) Profissional(a) Executante(s))			
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 15.18	62 - Total de OPM (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 111.90	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

15032025



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	11137

Dados do Contratado Executante		4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
3 - Código na Operadora	76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material						18-Referência do material no fabricante				
3 -	03	05/05/2023	17:53:00	a	17:53:00	19	70034419			
						2	045	1.00	7.54	15.09
20 - Descrição:						ATADURA CREPOM 20CMX1,8MT (EM REPOUSO) 12UNID CYSNE 165 920				
4 -	03	05/05/2023	17:53:16		17:53:16	19	70272875			
						10	038	1.00	0.00	0.09
20 - Descrição:						FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.				

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	15.18	0.00	0.00	0.00	15.18

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucca Marchi Barbieri

Nº da Carteira: 2.11.6470

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 09/09/2010

Nº da Guia: 11137



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2023	16:54:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição
Aluno em disputa esportiva sob deslocamento, torceu o pé vindo a cair e bater o joelho esquerdo no chão. Em primeiro momento o professor identificou que a patela estava fora do lugar, que estava ligeiramente localizada na porção lateral, contudo foi feita a redução no local e imediatamente colocado em gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Philippe Santhiago da Silva	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Philippe Santhiago da Silva	05/05/2023

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
Em primeiro momento o professor identificou que a patela estava fora do lugar, que estava ligeiramente localizada na porção lateral, contudo foi feita a redução no local e imediatamente colocado em gelo, e encaminhado para atendimento médico.

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 - SP/ SADT

2 - Nº Guia no Prestador 1313405

Folha: 1 / 1

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45222

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

2116470

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUCCA MARCHI BARBIERI

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

05/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado 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 (evento 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(a) Profissional(es) Executante(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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 1313405

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUCCA MARCHI BARBIERI

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Regório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Consultar em pronto socorro

27 - Qx Solic. 28 - Dx Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Executante

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

31 - Código CNES
3005585

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 - Tbc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - 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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 09/05/2023 18:00:40

Contabilize:

Assinatura: 1313405

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1313405**Pedido.....:** 736277**Paciente.....:** LUCCA MARCHI BARBIERI**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GREGORIO FADEL DE MELLO**Data do Exame.:** 05/05/2023**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

11 de Maio de 2023

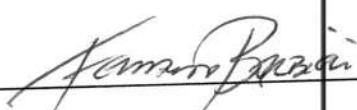

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
05/05/2023 18:00:08

Atendimento: 1313405 Data do Atendimento: 05/05/2023
Prontuário: 889420 Nome: LUCCA MARCHI BARBIERI
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 09/09/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999880914

Rua: JEREMIAS MACIEL PERRETTO Numero 646 CEP: 81210310
Bairro: CAMPO COMPRIDO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116470
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FERNANDO HENRIQUE BARBIERI Parentesco: PAI

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1313405 **Prontuário:** 889420 **SAME:** 889420 **Hora Atend:** 17:53 **Data Atend:** 05/05/2023
Paciente..... : LUCCA MARCHI BARBIERI
Idade: 12 a
Endereço..... : JEREMIAS MACIEL PERRETTO
Bairro..... : CAMPO COMPRIDO
Cidade..... : CURITIBA
UF...: PR **CEP:** 81210310
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano....: UNICO
CID Principal..... : S830 - LUXACAO DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 05/05/2023 **Hora Saída :** 20:33

Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

LUXAÇÃO DE PATELA ESQUERDA DURANTE MOVIMENTO TORCIONAL DE JOELHO EM EDUCAÇÃO FÍSICA, REDUZIDA NO LOCAL POR PROFESSOR

EXAME FISICO

PATELA CENTRADA COM EDEMA ADJACENTE E DOLOROSA A PALPAÇÃO
NV PRESERVADO
RX: PATELA REDUZIDA

DIAGNOSTICO

LUXAÇÃO PATELAR E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

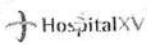
LUXAÇÃO PATELAR E

TRATAMENTO

ENFAIXAMENTO DO JOELHO + PRESCREVO SINTOMÁTICOS E BRACE DE JOELHO
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRA
SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45222

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO.: 1488088 DATA: 05/05/2023 18:08
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1313405 DT NASC: 09/09/2010 (12A 7M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 889420 - LUCCA MARCHI BARBIERI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/05/2023 17:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S830 LUXACAO DA ROTULA [PATELA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1313405

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES JOELHO	1					[05/05] 18:08
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Gregorio F. de Mello
MÉDICO
CRM PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

Período de 05/05/2023 a 05/05/2023

Atendimento: **1313405 LUCCA MARCHI BARBIERI**

Mãe: YGUACIARA LESSA MARCHI BARBIERI

Internação: 05/05/2023 CID: S830 LUXACAO DA ROTULA [PATELA]

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 09/09/2010

Unidade:

Médico: GREGORIO FADEL DE MELLO

Evolução/Anotação: 00622566

Data: 05/05/2023

Hora: 19:02

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

02 ATADURA DE CREPE 20 CM

50 CM DE MICROPORE

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 001605837

Atendimento: 1311947 - LUIS CARLOS PEREIRA Lote: 1590849 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LUIS CARLOS PEREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 11053 Validade.:02/05/2023
Senha.....: 11053 Autoriz.:02/05/2023
Carteira.: 2782038 Validade.: 30/12/2023 Titular....: LUIS CARLOS PEREIRA
 : SANTA CANDIDA DE

Plano.....: UNICO

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
HONORARIOS 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
02/05/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	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 11053

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 11053	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11053
4 - Data de Autorização 02/05/2023	5 - Sentença 11053	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome LUIS CARLOS PEREIRA
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atendimento a RV
8 - Número da Carteira 2782038			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 15485
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/05/2023	23 - Indicação Clínica PCTE TEVE UMA TIOCAO NA ULTIMA AULA NO TNZ ESQ. EVOLUIU COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL TEM DIFICUL	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	

51 - Código CNES
3005685

Dados do Contratado Executante
29 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA
29 - Código na Operadora
76530518000107

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
2

34 - Tipo de Consulta

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 02/05/2023 12:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 02/05/2023 12:48 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 30.64 65.00
001 1.0 30.64 30.64

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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\$)
95.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)
95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1599849

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Data/Hora: 07/05/2023 09:39:21

Contat. Cel: 1590849

Atendimento: 1311947

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Impresso por: CAMILA ROSA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luis Carlos Pereira
Nº da Carteira: 2.78.2038
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 02/08/2013

Nº da Guia: 11053



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2023	11:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno estava na aula de educação física e quando pulou torceu o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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, colocado gelo e gelol pela profª Adriana, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11053

Folha: 1 /

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome LUIS CARLOS PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2782038	9 - Validade da Carteira	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	17 - Número no Conselho 0000	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	18 - UF 41	19 - Código CBO
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/05/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Exercente				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 3005585
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	36 - Data	37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Exercente(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 55 - Valor CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	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 Contratado	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado	71 - Assinatura do Contratado
53 - Observação / Justificativa				
54 - Observação / Justificativa				
55 - Observação / Justificativa				
56 - Observação / Justificativa				
57 - Observação / Justificativa				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Observação / Justificativa				
60 - Observação / Justificativa				
61 - Observação / Justificativa				
62 - Observação / Justificativa				
63 - Observação / Justificativa				
64 - Observação / Justificativa				
65 - Observação / Justificativa				
66 - Observação / Justificativa				
67 - Observação / Justificativa				
68 - Observação / Justificativa				
69 - Observação / Justificativa				
70 - Observação / Justificativa				
71 - Observação / Justificativa				
72 - Observação / Justificativa				
73 - Observação / Justificativa				
74 - Observação / Justificativa				
75 - Observação / Justificativa				
76 - Observação / Justificativa				
77 - Observação / Justificativa				
78 - Observação / Justificativa				
79 - Observação / Justificativa				
80 - Observação / Justificativa				
81 - Observação / Justificativa				
82 - Observação / Justificativa				
83 - Observação / Justificativa				
84 - Observação / Justificativa				
85 - Observação / Justificativa				
86 - Observação / Justificativa				
87 - Observação / Justificativa				
88 - Observação / Justificativa				
89 - Observação / Justificativa				
90 - Observação / Justificativa				
91 - Observação / Justificativa				
92 - Observação / Justificativa				
93 - Observação / Justificativa				
94 - Observação / Justificativa				
95 - Observação / Justificativa				
96 - Observação / Justificativa				
97 - Observação / Justificativa				
98 - Observação / Justificativa				
99 - Observação / Justificativa				
100 - Observação / Justificativa				



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

2 - Nº Guia no Prestador

11053

Folha: 1 /

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIS CARLOS PEREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2782038				
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 02/05/2023	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela				
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.		
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			31 - Código CNES 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	
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(s) Profissional(is) Executante(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 Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Assinatura do Responsável				
70 - Assinatura do Responsável				
71 - Assinatura do Responsável				
72 - Assinatura do Responsável				
73 - Assinatura do Responsável				
74 - Assinatura do Responsável				
75 - Assinatura do Responsável				
76 - Assinatura do Responsável				
77 - Assinatura do Responsável				
78 - Assinatura do Responsável				
79 - Assinatura do Responsável				
80 - Assinatura do Responsável				
81 - Assinatura do Responsável				
82 - Assinatura do Responsável				
83 - Assinatura do Responsável				
84 - Assinatura do Responsável				
85 - Assinatura do Responsável				
86 - Assinatura do Responsável				
87 - Assinatura do Responsável				
88 - Assinatura do Responsável				
89 - Assinatura do Responsável				
90 - Assinatura do Responsável				
91 - Assinatura do Responsável				
92 - Assinatura do Responsável				
93 - Assinatura do Responsável				
94 - Assinatura do Responsável				
95 - Assinatura do Responsável				
96 - Assinatura do Responsável				
97 - Assinatura do Responsável				
98 - Assinatura do Responsável				
99 - Assinatura do Responsável				
100 - Assinatura do Responsável				

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
02/05/2023 12:35:48

Atendimento: 1311947 Data do Atendimento: 02/05/2023
Prontuário: 993004 Nome: LUIS CARLOS PEREIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 02/08/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996446277
Rua: SANTA CANDIDA DE Numero 544
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782038
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: MARTHA ROCHA DE OLIVEIRA PEREIRA Parentesco: MAE

CEP: 82630490
UF: PR

- 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1311947 **Prontuário:** 993004 **SAME:** 993004 **Hora Atend:** 12:29 **Data Atend:** 02/05/2023
Paciente..... : LUIS CARLOS PEREIRA
Endereço..... : SANTA CANDIDA DE
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82630490
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/05/2023 **Hora Saída :** 13:10
Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE TEVE UMA TIORÇÃO NA ULTIMA AULA NO TNZ ESQ, EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
TEM DIFICULDADE PARA APOIAR
TEVE UM TRAUMA SEMELHANTE HÁ 40 DIAS

EXAME FISICO

TEM EDEMA LEVE E DOR NA REGIÃO DA FIBULA DISTAL
ADM PRESERVADA

DIAGNOSTICO

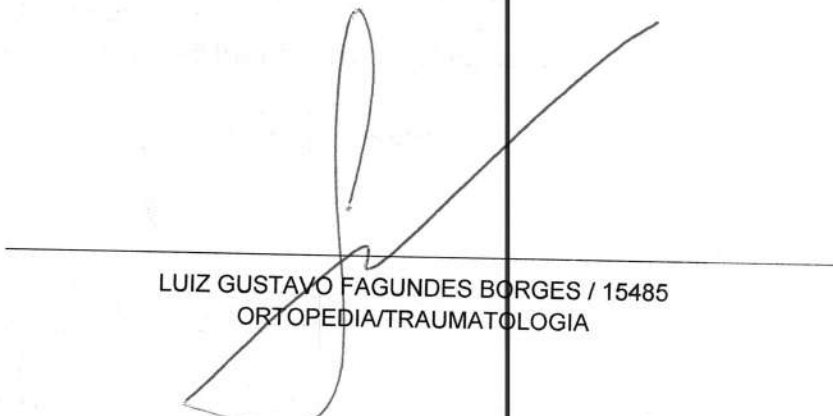
RX NORMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX NORMAL

TRATAMENTO

ROBOFOOT
ALIVIUM GOTAS // GELO


LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1486584 DATA: 02/05/2023 12:47
USUÁRIO.....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1311947 DT NASC: 02/08/2013 (9A 8M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993004 - LUIS CARLOS PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/05/2023 12:29 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1311947

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1						

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

Paciente.: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
 Guia.....: 10880 Validade.:19/04/2023
 Senha.....: 10880 Autoriz.:19/04/2023
 Carteira.: 2335939 Validade.: 31/12/2023 Titular....: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
 : DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	42,36	0,00	0,00	0,00	0,00	42,36
TAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						190,19

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
19/04/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	3	11,1060	33,32
			Total :		42,36

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
				Total :	43,00

278 **RAIOS X**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
			Total :		39,83

270 PRONTO SOCCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
19/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729	CLINICO				
				Total :		65,00

Atendimento: 1308468 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA Lote: 1585232 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 190,19



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

2 - Nº Guia no Prestador 10880

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/04/2023

5 - Sentia

10880

6 - Data de Validade da Sentia

10880

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

31/12/2023

10 - Nome

MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

9 - Número da Carteira

2335939

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

GABRIEL FRIACA DE OLIVEIRA CARDOSO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

46356

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

19/04/2023

23 - Indicação Clínica

paciente refere queda da própria altura sobre punho a esquerda na tarde de hoje ao brincar com roverboard , evoluindo com dor

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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

1 19/04/2023 19:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 19/04/2023 19:53 22 40803112 RX - PUNHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 39.83 65.00 39.83

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)

48 - Sq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

104.83

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

43.00

61 - Total de Materiais (R\$)

42.36

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\$)

190.19

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 10880		5 - Código CNES 3005585									
3 - Código na Operadora 76530518000107		4 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA											
Despesas Realizadas													
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$			
17 - Registro ANVISA do Material													
3 -	03	19/04/2023	19:27:00	a	19:27:00	19	70034583		3	045	1.00	11.10	33.32
20 - Descrição:													
4 -	03	19/04/2023	19:27:00		19:27:00	19	70034702		1	045	1.00	9.04	9.04
20 - Descrição:													
5 -	07	19/04/2023	19:27:59		19:27:59	18	60023236		1	036	1.00	43.00	43.00
20 - Descrição:													
TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE COLCACAO/RETIRADA DE IMOBILIZACAO GESSADA OU NAO GESSADA													
20 - Descrição:													
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00													
22 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00													
23 - Total de Materiais (R\$) 42.36													
24 - Total de OPME (R\$) 0.00													
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 43.00													
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00													
27 - Total Geral (R\$) 85.36													

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória de Lara Constantino de Almeida
Nº da Carteira: 2.33.5939
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 15/09/2009

Nº da Guia: 10880



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2023	10:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição
A aluna estava em aula de educação física quando ao cair se apoiou com a mão vindo a torcer o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	19/04/2023

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
Na sala de apoio foi feita compressa de gelo a mãe foi avisada do ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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 10880

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 Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA

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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

19/04/2023

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql.Solic.

1

28 - Ql.Autoriz.

0

Dados do Contratado Examinado

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 - Qltd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de 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 OPRME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: FERNANDA RIBEIRO

Data/Hora: 19/04/2023 19:35:27

Contat. doc

Atendimento: 1305468

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1308468**Pedido.....:** 733313**Paciente.....:** MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**Data do Exame.:** 19/04/2023**RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

22 de Abril de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.RIBEIRO
19/04/2023 19:34:46

Atendimento: 1308468 Data do Atendimento: 19/04/2023
Prontuário: 995584 Nome: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 15/09/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU Numero 380 CEP: 83045010

Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335939

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.

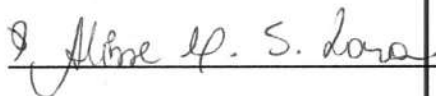
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : MARIA VITORIA DE LARA - 13 ANOS

Início da Triagem: 19:30:14.

Fim da Triagem: 19:32:08.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA NA MAO E PUNHO ESQUERDO, QUEDA NA ESCOLA PELA MANHA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 105bpm FR: rpm Tax: 36,4°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 18/04/2023.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1308468 **Prontuário:** 995584 **SAME:** 995584 **Hora Atend:** 19:27 **Data Atend:** 19/04/2023
Paciente..... : MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Idade: 13 a
Endereço..... : DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
UF...: PR **CEP:** 83045010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S635 - ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/04/2023 **Hora Saída :** 00:42
Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

paciente refere queda da propria altura sobre punho a esquerda na tarde de hoje ao brincar com roverboard ,
evouindo com dor e dificuldade de movimento de punho a esquerda, nega outras queixas , nega muc e alergias

EXAME FISICO

pele ao violad a, nv preservado , adm amplo e livre , aumento de volume dorsal/estiloide do radio, dor a palpação
de regioao de estiloide

DIAGNOSTICO

FRATURA AVULSÃO DA ESTILOIDE DO RADIO. SEM DESVIO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA AVULSÃO DA ESTILOIDE DO RADIO. SEM DESVIO

TRATAMENTO

ORIENTO , GESSO ANTEBRAQUIOPALMAR CIRCULAR, ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL , RETORNO
PREVIO SE MUDANÇA DE SINTOMAS ALIVIU

Gabriel Friça de O. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46356

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1482366 DATA: 19/04/2023 19:53
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1308468 DT NASC: 15/09/2009 (13A 7M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995584 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/04/2023 19:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

1308468**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

Gabriel Friaça de O. Cardozo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46356

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1482372 DATA: 19/04/2023 20:18
USUÁRIO.....: GABRIEL CARDOSO
ATENDIMENTO: 1308468 DT NASC: 15/09/2009 (13A 7M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995584 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/04/2023 19:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COBERTURA:

CICLO...: 1/

1308468**PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. GESSO ATENBRACO + PUNHO	1					[19/04] : 20:18
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE /				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	3	UNIDADE /				

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

Período de 19/04/2023 a 19/04/2023

Atendimento: 1308468 MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA

Nascimento: 15/09/2009

Mãe: ALINE CRISTIANE SANTANA DE LARA

Internação: 19/04/2023 CID: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

Evolução/Anotação: 00619867

Data: 19/04/2023

Hora: 21:53

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA PARA CASA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM

03 ATADURAS GESSADAS 10 CM

30 CM MALHA TUBULAR 08 CM

Michele Josiane Burak
Téc. Enfermagem
COREN-PR 916157

1322 MICHELE JOSIANE BURAK FABIANO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 916157

Atendimento: 1309851 - NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA Lote: 1587294 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia.....: 10948 Validade.:25/04/2023
Senha.....: 10948 Autoriz.:25/04/2023
Carteira.: 279480 Validade.: 22/02/2024 Titular....: NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA
: JOAO BATISTA DE CAMARGO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
MATERIAIS	9,26	0,00	0,00	0,00	0,00	9,26
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						143,54

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
25/04/2023	08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M NEVE	RL	1	9,1710	9,17
			Total :		9,26

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
25/04/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
			Total :		61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
25/04/2023	GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
				Total :		73,00

Atendimento: 1309851 - NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA Lote: 1587294 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 143,54



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

2 - Nº Guia no Prestador 10948

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
25/04/2023

5 - Senha

10948

6 - Data de Validade da Senha

10948

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

279480

9 - Validade da Carteira

22/02/2024

10 - Nome

NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA

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

GREGORIO FADEL DE MELLO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45222

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/04/2023

23 - Indicação Clínica

TRAUMA TORCIONAL DE TORNOZELO DIREITO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL

27 - QI-Solic. 28 - QI-Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

ou Item Assistencial

Dados do Contratado Especiente

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

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	25/04/2023	10:30	10:30	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2	25/04/2023	10:30	10:30	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-CESSADAS (QUILQUER SEGMENTO)
3	25/04/2023	10:47	10:47	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSIKA (TORNOZELO)
4	25/04/2023	10:47	10:47	22	40804097	RX - PE OU PODOFACTILIO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001	1	1.0	65.00	65.00
001	1	1.0	8.00	8.00
001	1	1.0	30.64	30.64
001	1	1.0	30.64	30.64

Identificação (de) Profissional(s) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

134.28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

9.26

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

143.54

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	10948

Dados do Contratado Executante		5 - Código CNES
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	3005585
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material						18-Referência do material no fabricante				
5 - 03	25/04/2023	10:30:00	a	10:30:00	19	70034141	1	045	1.00	9.17
20 - Descrição: ATADURA CREPE 15CMX1,6MT 13FIOS NBR14056 H00115										
6 - 03	25/04/2023	10:30:42		10:30:42	19	70272875	10	038	1.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMs (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	9.26	0.00	0.00	0.00	9.26

1587294

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathália Caroline Kehl Silva
Nº da Carteira: 2.79.480
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 30/06/2010

Nº da Guia: 10948



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2023	09:43:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Tornozelo Direito

Descrição
Durante a aula de educação Física a aluna chutou a bola e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Maurício	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabício	25/04/2023

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
A aluna foi atendida pelo monitor com gelo no local. A família foi comunicada sobre o ocorrido via telefone.

Ass.:


Luciane Diaz
Vice Diretora Escolar

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 10948

Folha:

1 / 1

Gregório F. Mello
MÉDICO
CRM-PR 45822

12 - Atendimento a RM
N

1 - Registro ANS

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

25/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese

1001039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz.

Dados do Contrato Escatante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

33 - Indicação de 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 / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Escatante(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 da Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10948

Folha: 1 / 1

Gregório R de Mello
MÉDICO
CRM-PR 489222

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

279480

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76630518000107

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 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Excecuinte

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (eodente 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 - Qtds.

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Código CBO

56 - Código CBO

57 - Código CBO

58 - Código CBO

59 - Código CBO

60 - Código CBO

61 - Código CBO

62 - Código CBO

63 - Código CBO

64 - Código CBO

65 - Código CBO

66 - Código CBO

67 - Código CBO

68 - Código CBO

69 - Código CBO

70 - Código CBO

71 - Código CBO

72 - Código CBO

73 - Código CBO

74 - Código CBO

75 - Código CBO

76 - Código CBO

77 - Código CBO

78 - Código CBO

79 - Código CBO

80 - Código CBO

81 - Código CBO

82 - Código CBO

83 - Código CBO

84 - Código CBO

85 - Código CBO

86 - Código CBO

87 - Código CBO

88 - Código CBO

89 - Código CBO

90 - Código CBO

91 - Código CBO

92 - Código CBO

93 - Código CBO

94 - Código CBO

95 - Código CBO

96 - Código CBO

97 - Código CBO

98 - Código CBO

99 - Código CBO

100 - Código CBO

101 - Código CBO

102 - Código CBO

103 - Código CBO

104 - Código CBO

105 - Código CBO

106 - Código CBO

107 - Código CBO

108 - Código CBO

109 - Código CBO

110 - Código CBO

111 - Código CBO

112 - Código CBO

113 - Código CBO

114 - Código CBO

115 - Código CBO

116 - Código CBO

117 - Código CBO

118 - Código CBO

119 - Código CBO

120 - Código CBO

121 - Código CBO

122 - Código CBO

123 - Código CBO

124 - Código CBO

125 - Código CBO

126 - Código CBO

127 - Código CBO

128 - Código CBO

129 - Código CBO

130 - Código CBO

131 - Código CBO

132 - Código CBO

133 - Código CBO

134 - Código CBO

135 - Código CBO

136 - Código CBO

137 - Código CBO

138 - Código CBO

139 - Código CBO

140 - Código CBO

141 - Código CBO

142 - Código CBO

143 - Código CBO

144 - Código CBO

145 - Código CBO

146 - Código CBO

147 - Código CBO

148 - Código CBO

149 - Código CBO

150 - Código CBO

151 - Código CBO

152 - Código CBO

153 - Código CBO

154 - Código CBO

155 - Código CBO

156 - Código CBO

157 - Código CBO

158 - Código CBO

159 - Código CBO

160 - Código CBO

161 - Código CBO

162 - Código CBO

163 - Código CBO

164 - Código CBO

165 - Código CBO

166 - Código CBO

167 - Código CBO

168 - Código CBO

169 - Código CBO

170 - Código CBO

171 - Código CBO

172 - Código CBO

173 - Código CBO

174 - Código CBO

175 - Código CBO

176 - Código CBO

177 - Código CBO

178 - Código CBO

179 - Código CBO

180 - Código CBO

181 - Código CBO

182 - Código CBO

183 - Código CBO

184 - Código CBO

185 - Código CBO

186 - Código CBO

187 - Código CBO

188 - Código CBO

189 - Código CBO

190 - Código CBO

191 - Código CBO

192 - Código CBO

193 - Código CBO

194 - Código CBO

195 - Código CBO

196 - Código CBO

197 - Código CBO

198 - Código CBO

199 - Código CBO

200 - Código CBO

201 - Código CBO

202 - Código CBO

203 - Código CBO

204 - Código CBO

205 - Código CBO

206 - Código CBO

207 - Código CBO

208 - Código CBO

209 - Código CBO

210 - Código CBO

211 - Código CBO

212 - Código CBO

213 - Código CBO

214 - Código CBO

215 - Código CBO

216 - Código CBO

217 - Código CBO

218 - Código CBO

219 - Código CBO

220 - Código CBO

221 - Código CBO

222 - Código CBO

223 - Código CBO

224 - Código CBO

225 - Código CBO

226 - Código CBO

227 - Código CBO

228 - Código CBO

229 - Código CBO

230 - Código CBO

231 - Código CBO

232 - Código CBO

233 - Código CBO

234 - Código CBO

235 - Código CBO

236 - Código CBO

237 - Código CBO

238 - Código CBO

239 - Código CBO

240 - Código CBO

241 - Código CBO

242 - Código CBO

243 - Código CBO

244 - Código CBO

245 - Código CBO

246 - Código CBO

247 - Código CBO

248 - Código CBO

249 - Código CBO

250 - Código CBO

251 - Código CBO

252 - Código CBO

253 - Código CBO

254 - Código CBO

255 - Código CBO

256 - Código CBO

257 - Código CBO

258 - Código CBO

259 - Código CBO

260 - Código CBO

261 - Código CBO

262 - Código CBO

263 - Código CBO

264 - Código CBO

265 - Código CBO

266 - Código CBO

267 - Código CBO

268 - Código CBO

269 - Código CBO

270 - Código CBO

271 - Código CBO

272 - Código CBO

273 - Código CBO

274 - Código CBO

275 - Código CBO

276 - Código CBO

277 - Código CBO

278 - Código CBO

279 - Código CBO

280 - Código CBO

281 - Código CBO

282 - Código CBO

283 - Código CBO

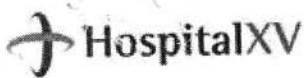
284 - Código CBO

285 - Código CBO

286 - Código CBO

287 - Código CBO

288 - Código CBO



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE ANJOS
25/04/2023 10:37:18

Atendimento: 1309851 Data do Atendimento: 25/04/2023
Prontuário: 995863 Nome: NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 30/06/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero: 1395 CEP: 83065070
Rua: JOAO BATISTA DE CAMARGO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Bairro: AFONSO PENA Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279480
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

30711010-

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : - 12 ANOS

Início da Triagem: 10:31:01.

Fim da Triagem: 10:33:03.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO PE DIREITO, HOJE PELA MANHA, JOGANDO FUTEBOL

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: 130/70 mmHg

FC: 94bpm

FR: rpm

Tax: 36,5°C

SatO2: 98%

ECG: Dor:

Data: 20/04/2023.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1309851 Prontuário: 995863 SAME: 995863 Hora Atend: 10:30 Data Atend: 25/04/2023
Paciente..... : NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA Idade: 12 a
Endereço..... : JOAO BATISTA DE CAMARGO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 83065070
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - TORNOZELO
Data Saída..... : 25/04/2023 Hora Saída : 13:02
Prestador da Evolução Médica: 1571 GREGORIO FADEL DE MELLO

HDA

TRAUMA TORCIONAL DE TORNOZELO DIREITO HÁ 1 HORA, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME FISICO

EM CADEIRA DE RODAS, INCAPAZ DE APOIAR MID
AUMENTO DE VOLUME E DOR À PALPAÇÃO DE FISE + LIGAMENTO TALOFIBULAR ANTERIOR
NV PRESERVADO
RX: FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR? SH 1?

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO
SH 1? FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO
SH 1? FRATURA DO MALÉOLO POSTERIOR?

TRATAMENTO

ENFAIXAMENTO DO TORNOZELO + PRESCREVO ROBOFOOT E RETORNO AMBULATORIAL EM 2
SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO COM RNM
SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO PRECOCE SE NECESSÁRIO

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1484057 DATA: 25/04/2023 10:47
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1309851 DT NASC: 30/06/2010 (12A 9M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995863 - NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/04/2023 10:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1309851

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO	1					[25/04] . 10:47
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS	1	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

Período de 25/04/2023 a 25/04/2023

Atendimento: **1309851 NATHALIA CAROLINE KEHL SILVA**

Nascimento: 30/06/2010

Mãe: LUMA CAROLINE KEHL VENDRAME

Internação: 25/04/2023 CID: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GREGORIO FADEL DE MELLO

Evolução/Anotação: 00620789

Data: 25/04/2023

Hora: 18:36

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:

01 ATADURA DE CREPE 15 CM

50 CM DE MICROPORE

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 001.605.837

1587 FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 001605837

Atendimento: 1316831 - RHAYRA ABUCARUB BARBOSA Lote: 1598362 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: RHAYRA ABUCARUB BARBOSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 11294 Validade.:16/05/2023
Senha.....: 11294 Autoriz.:16/05/2023
Carteira.: 2782078 Validade.: 31/12/2023 Titular....: RHAYRA ABUCARUB BARBOSA
: AFONSO PENA
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
16/05/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					Total : 61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
16/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982					Total :	65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 11294

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

5 - Sentença

4 - Data de Autorização

16/05/2023

11294

6 - Data de Validade da Sentença

31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

11294

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2782078

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

RHAYRA ABUCARUB BARBOSA

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

KARLA MULLER CARVALHO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

14115

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

16/05/2023

23 - Indicação Clínica

REFERE TRAUMA DIRETO EM 4º 5º QDE HOJE PELA MANHA. REFERE DOR LOCAL E RESTRICAO DE ADM.

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

16/05/2023 13:32 22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

RX - FUNHO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00

001 1.0 30.64

001 1.0 30.64

2 16/05/2023 14:08 22

40803112

RX - MAO OU QUIRODACTILIO

3 16/05/2023 14:08 22

40803120

Identificação do(a) Profissional(a) 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

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

126.28

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\$)

126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rhayra Abucarub Barbosa
Nº da Carteira: 2.78.2078
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 18/06/2010

Nº da Guia: 11294



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2023	08:16:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava na aula de Ed. Física e na hora de passe da colega, a bola bateu com força e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3097-7450

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol spray, informado ao responsável (pai) e ambos foram encaminhados 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 11294

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 Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
RHAYRA ABUCARUB BARBOSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76630518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial
10101039 Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
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

Dados da Execução / Procedimento 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(a) Profissional(s) Executante(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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: FERNANDA HERZ

Data/Hora: 16/05/2023 13:40:34

Contatado

Atendimento: 1316831

Contêiner: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 11294

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

RHAYRA ABUCARUB BARBOSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RIN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

29 - Ql.Solic.

30 - Ql.Autoriz.

31 - Ql.Solic.

32 - Ql.Autoriz.

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

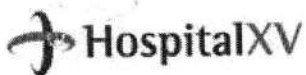
16/05/2023

2

25

10101039

Consulta em pronto socorro



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
16/05/2023 13:39:30

Atendimento: 1316831 Data do Atendimento: 16/05/2023
Prontuário: 992602 Nome: RHAYRA ABUCARUB BARBOSA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 18/06/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984116276
Rua: AFONSO PENA Numero 261 CEP: 83330160
Bairro: VILA AMELIA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782078
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EDSON LEANDRO DIAS BARBOSA Parentesco: PAI

- 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, DPME 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316831 **Prontuário:** 992602 **SAME:** 992602 **Hora Atend:** 13:32 **Data Atend:** 16/05/2023
Paciente..... : RHAYRA ABUCARUB BARBOSA
Idade: 12 a
Endereço..... : AFONSO PENA
Bairro..... : VILA AMELIA
Cidade..... : PINHAIS
UF...: PR **CEP:** 83330160
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/05/2023 **Hora Saída :** 19:41
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

REFERE TRAUMA DIRETO EM 4º 5º QDE HOJE PELA MANHÃ. REFERE DOR LOCAL E RESTRIÇÃO DE ADM.

EXAME FISICO

4º QDE

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

LESAO SH TIPO 1 4º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO SH TIPO 1 4º QDE

TRATAMENTO

DISSCUTO CASO COM DRA KARLA - CONFORME ORIENTAÇÃO

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 QUANTO À FRATURA OCULTA

RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA EM MAO EM 3 SEMANAS - DRA KARLA MULLER

30722349



KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316831 **Prontuário:** 992602 **SAME:** 992602 **Hora Atend:** 13:32 **Data Atend:** 16/05/2023
Paciente..... : RHAYRA ABUCARUB BARBOSA **Idade:** 12 a
Endereço..... : AFONSO PENA
Bairro..... : VILA AMELIA
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 83330160
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 16/05/2023 **Hora Saída :** 19:41

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE TRAUMA DIRETO EM 4º 5º QDE HOJE PELA MANHÃ. REFERE DOR LOCAL E RESTRIÇÃO DE ADM.

EXAME FISICO

4º QDE

SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA

DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE MEDIA

TENDÕES ÍNTEGROS

NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

LESAO SH TIPO 1 4º QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO SH TIPO 1 4º QDE

TRATAMENTO

DISSCUTO CASO COM DRA KARLA - CONFORME ORIENTAÇÃO

¿ 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 QUANTO À FRATURA OCULTA

RETORNO AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA EM MAO EM 3 SEMANAS - DRA KARLA MUELLER



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1492008

SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ATENDIMENTO: 1316831

PACIENTE...: 992602 - RHAYRA ABUCARUB BARBOSA NASC: 18/06/2010 12A 10M 29D

ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PRESTADOR...: 45739 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

ACOMODAÇÃO..

UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

DATA PRESCRIÇÃO: 16/05/2023 14:07

NR CARTEIRA: 2782078

VALIDADE: 31/12/2023

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LEITO:

USUÁRIO: ALEX.ROCHA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu.
PUNHO A.P - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO)	1	*738379* 738379	16/05/2023 14:07		*967398* 967398 AT	32030118
Observação: AP + P + OBLIQ						
MAO OU QUIRODACTI LOS (ESQUERDO)	1	*738379* 738379	16/05/2023 14:07		*967397* 967397 AT	32030126

Observação: AP + OBLIQ / AP + P 4° E 5° QDE


ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM : 45739

Atendimento: 1311111 - SAMARA HEMIG DOMARADZKI Lote: 1589499 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: SAMARA HEMIG DOMARADZKI
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345
Guia.....: 11028 Validade.:28/04/2023
Senha.....: 11028 Autoriz.:28/04/2023
Carteira...: 3302132 Validade.: 31/12/2023 Titular....: SAMARA HEMIG DOMARADZKI
: DAVID HUME

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento	11,06	0,00	0,00	0,00	0,00	11,06
MATERIAIS	13,26	0,00	0,00	0,00	0,00	13,26
TAXAS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
EXAMES E DIAGNOSTICOS	107,00	0,00	0,00	0,00	0,00	107,00
ONORARIOS MEDICOS	10,02	0,00	0,00	0,00	0,00	10,02
MEDICAMENTOS						
Total da Conta:						171,98

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/04/2023	08002489 AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 BD	UND	1	1,7190	1,72
28/04/2023	08002493 AGULHA DESCARTAVEL 30 X 7 UND	UND	1	1,7190	1,72
28/04/2023	08002495 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 BD	UND	1	1,7190	1,72
28/04/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	1	2,3985	2,40
28/04/2023	08002614 COMPRES. DE GAZE 7,5CMX7,5CM 13 FIOS NEVE	UND	3	0,2916	0,87
28/04/2023	08002862 SERINGA DESCARTAVEL 5ML S/ AGULHA BD	UND	1	2,6280	2,63
Total :					11,06

TAXAS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000024 TAXA DE SALA PEQUENAS CIRURGIAS	UND	100,00%	1	13,2600	13,26
Total :					13,26

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/04/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
--------------------------------------	-------------	--------	------	-------------	----------

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

tendimento: 1311111 - SAMARA HEMIG DOMARADZKI Lote: 1589499 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
28/04/2023	MARCOS SATO - 11345 71710590904 30101794 SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESETO	CLINICO	100,00%	1	42,0000	42,00
	MARCOS SATO - 11345 71710590904	CLINICO			Total :	107,00

MEDICAMENTOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/04/2023	07001087 XYLESTESIN 2% S/V 5ML AMP	AMP	1	3,3570	3,36
28/04/2023	07001357 SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML EP SIST.FECHADO B	FR	1	6,6600	6,66
				Total :	10,02

Total Geral: 171,98



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11028

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
28/04/2023

8 - Número da Carteira
3302132

13 - Código da Operadora
76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante
MARCOS SATO

21 - Caráter do Atendimento
2

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

6 - Data de Validade da Semte
11028

11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11028

10 - Nome
SAMARA HEMIG DOMARADZKI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
11345

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Ql. Solic.
28 - Ql. Autoriz.

31 - Código CNES
3005585

29 - Código na Operadora
76530518000107

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
2

34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

38 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

40 - Procedimento 41 - Descrição

41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 137.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 13.26

61 - Total de Materiais (R\$) 11.06

62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 10.02

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 171.98

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Contratado

284 - Assinatura do Contratado

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura do Contratado

287 - Assinatura do Contratado

288 - Assinatura do Contratado

289 - Assinatura do Contratado

290 - Assinatura do Contratado

291 - Assinatura do Contratado

292 - Assinatura do Contratado

293 - Assinatura do Contratado

294 - Assinatura do Contratado

295 - Assinatura do Contratado

296 - Assinatura do Contratado

297 - Assinatura do Contratado

298 - Assinatura do Contratado

299 - Assinatura do Contratado

300 - Assinatura do Contratado

301 - Assinatura do Contratado

302 - Assinatura do Contratado

303 - Assinatura do Contratado

304 - Assinatura do Contratado

305 - Assinatura do Contratado

306 - Assinatura do Contratado

307 - Assinatura do Contratado

308 - Assinatura do Contratado

309 - Assinatura do Contratado

310 - Assinatura do Contratado

311 - Assinatura do Contratado

312 - Assinatura do Contratado

313 - Assinatura do Contratado

314 - Assinatura do Contratado

315 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	11028

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante					
Despesas Realizadas										
4 - 03	28/04/2023	12.44.00	a	12.44.00	19 70014221	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 13 X 4.5 / 0.45 X 13 / 28G 1/2									
5 - 03	28/04/2023	12.44.00			19 70014337	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 30 X 7 / 0.70 X 30 / 22G 1 1/4									
6 - 03	28/04/2023	12.44.00			19 70014370	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2									
7 - 03	28/04/2023	12.44.00			19 70176035	3	036	1.00	0.29	0.87
20 - Descrição:	COMPRESSA 7.5CMX7.5CM 13FIOS ESTERIL 05UNID C23013									
8 - 03	28/04/2023	12.44.00			19 70705305	1	036	1.00	2.63	2.63
20 - Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 5ml (Bico Luer Slip)									
9 - 03	28/04/2023	12.44.00			19 70852588	1	045	1.00	2.40	2.40
20 - Descrição:	ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1.80m									
10 - 02	28/04/2023	12.44.00			20 90123115	1	013	1.00	6.66	6.66
20 - Descrição:	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO B.BRAUN 9 MG/ML SIS FECH 100 ML									
11 - 02	28/04/2023	12.44.00			20 90257600	1	001	1.00	3.36	3.36
20 - Descrição:	XYLESTESIN ISOBARICO 20 MG/ML SOL INJ CX 50 AMP VD INC X 5 ML (EMB HOSP)									
12 - 07	28/04/2023	12.44.40			18 60000465	1	036	1.00	13.26	13.26
20 - Descrição:	TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	10.02	11.06	0.00	13.26	0.00	34.34

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samara Hemig Domaradzki

Nº da Carteira: 3.30.2132

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 25/03/2009

Nº da Guia: 11028



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/04/2023	11:09:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava jogando bola quando foi acertada por uma bola na mão e acabou arrancando a unha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Breno Silva	(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Breno Silva	28/04/2023

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
A aluna fez gelo no local e os pais foram comunicados via mensagem

Ass.: _____

Erika Farias David

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 11028

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 Autbuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

3302132

SAMARA HEMIG DOMARADZKI

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76630518000107

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

28/04/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Valor Unitário

29 - Valor Total

1

1

10101039

Consulta em pronto socorro

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CBO

73 - Assinatura do CBO

74 - Assinatura do CBO

75 - Assinatura do CBO

76 - Assinatura do CBO

77 - Assinatura do CBO

78 - Assinatura do CBO

79 - Assinatura do CBO

80 - Assinatura do CBO

81 - Assinatura do CBO

82 - Assinatura do CBO

83 - Assinatura do CBO

84 - Assinatura do CBO

85 - Assinatura do CBO

86 - Assinatura do CBO

87 - Assinatura do CBO

88 - Assinatura do CBO

89 - Assinatura do CBO

90 - Assinatura do CBO

91 - Assinatura do CBO

92 - Assinatura do CBO

93 - Assinatura do CBO

94 - Assinatura do CBO

95 - Assinatura do CBO

96 - Assinatura do CBO

97 - Assinatura do CBO

98 - Assinatura do CBO

99 - Assinatura do CBO

100 - Assinatura do CBO

101 - Assinatura do CBO

102 - Assinatura do CBO

103 - Assinatura do CBO

104 - Assinatura do CBO

105 - Assinatura do CBO

106 - Assinatura do CBO

107 - Assinatura do CBO

108 - Assinatura do CBO

109 - Assinatura do CBO

110 - Assinatura do CBO

111 - Assinatura do CBO

112 - Assinatura do CBO

113 - Assinatura do CBO

114 - Assinatura do CBO

115 - Assinatura do CBO

116 - Assinatura do CBO

117 - Assinatura do CBO

118 - Assinatura do CBO

119 - Assinatura do CBO

120 - Assinatura do CBO

121 - Assinatura do CBO

122 - Assinatura do CBO

123 - Assinatura do CBO

124 - Assinatura do CBO

125 - Assinatura do CBO

126 - Assinatura do CBO

127 - Assinatura do CBO

128 - Assinatura do CBO

129 - Assinatura do CBO

130 - Assinatura do CBO

131 - Assinatura do CBO

132 - Assinatura do CBO

133 - Assinatura do CBO

134 - Assinatura do CBO

135 - Assinatura do CBO

136 - Assinatura do CBO

137 - Assinatura do CBO

138 - Assinatura do CBO

139 - Assinatura do CBO

140 - Assinatura do CBO

141 - Assinatura do CBO

142 - Assinatura do CBO

143 - Assinatura do CBO

144 - Assinatura do CBO

145 - Assinatura do CBO

146 - Assinatura do CBO

147 - Assinatura do CBO

148 - Assinatura do CBO

149 - Assinatura do CBO

150 - Assinatura do CBO

151 - Assinatura do CBO

152 - Assinatura do CBO

153 - Assinatura do CBO

154 - Assinatura do CBO

155 - Assinatura do CBO

156 - Assinatura do CBO

157 - Assinatura do CBO

158 - Assinatura do CBO

159 - Assinatura do CBO

160 - Assinatura do CBO

161 - Assinatura do CBO

162 - Assinatura do CBO

163 - Assinatura do CBO

164 - Assinatura do CBO

165 - Assinatura do CBO

166 - Assinatura do CBO

167 - Assinatura do CBO

168 - Assinatura do CBO

169 - Assinatura do CBO

170 - Assinatura do CBO

171 - Assinatura do CBO

172 - Assinatura do CBO

173 - Assinatura do CBO

174 - Assinatura do CBO

175 - Assinatura do CBO

176 - Assinatura do CBO

177 - Assinatura do CBO

178 - Assinatura do CBO

179 - Assinatura do CBO

180 - Assinatura do CBO

181 - Assinatura do CBO

182 - Assinatura do CBO

183 - Assinatura do CBO

184 - Assinatura do CBO

185 - Assinatura do CBO

186 - Assinatura do CBO

187 - Assinatura do CBO

188 - Assinatura do CBO

189 - Assinatura do CBO

190 - Assinatura do CBO

191 - Assinatura do CBO

192 - Assinatura do CBO

193 - Assinatura do CBO

194 - Assinatura do CBO

195 - Assinatura do CBO

196 - Assinatura do CBO

197 - Assinatura do CBO

198 - Assinatura do CBO

199 - Assinatura do CBO

200 - Assinatura do CBO

201 - Assinatura do CBO

202 - Assinatura do CBO

203 - Assinatura do CBO

204 - Assinatura do CBO

205 - Assinatura do CBO

206 - Assinatura do CBO

207 - Assinatura do CBO

208 - Assinatura do CBO

209 - Assinatura do CBO

210 - Assinatura do CBO

211 - Assinatura do CBO

212 - Assinatura do CBO

213 - Assinatura do CBO

214 - Assinatura do CBO

215 - Assinatura do CBO

216 - Assinatura do CBO

217 - Assinatura do CBO

218 - Assinatura do CBO

219 - Assinatura do CBO

220 - Assinatura do CBO

221 - Assinatura do CBO

222 - Assinatura do CBO

223 - Assinatura do CBO

224 - Assinatura do CBO

225 - Assinatura do CBO

226 - Assinatura do CBO

227 - Assinatura do CBO

228 - Assinatura do CBO

229 - Assinatura do CBO

230 - Assinatura do CBO

231 - Assinatura do CBO

232 - Assinatura do CBO

233 - Assinatura do CBO

234 - Assinatura do CBO

235 - Assinatura do CBO

236 - Assinatura do CBO

237 - Assinatura do CBO

238 - Assinatura do CBO

239 - Assinatura do CBO

240 - Assinatura do CBO

241 - Assinatura do CBO

242 - Assinatura do CBO

243 - Assinatura do CBO

244 - Assinatura do CBO

245 - Assinatura do CBO

246 - Assinatura do CBO

247 - Assinatura do CBO

248 - Assinatura do CBO

249 - Assinatura do CBO

250 - Assinatura do CBO

251 - Assinatura do CBO

252 - Assinatura do CBO

253 - Assinatura do CBO

254 - Assinatura do CBO

255 - Assinatura do CBO

256 - Assinatura do CBO

257 - Assinatura do CBO

258 - Assinatura do CBO

259 - Assinatura do CBO

260 - Assinatura do CBO



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

2 - Nº Guia no Prestador 11028

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMARA HEMIG DOMARADZKI

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

21 - Cartão de Atendimento

28/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

10101020

Consultas em pronto-socorro

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autent.

1

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (cadente 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 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Rel.

49 - GI-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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1311111**Pedido.....:** 734871**Paciente.....:** SAMARA HEMIG DOMARADZKI**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** MARCOS SATO**Data do Exame.:** 28/04/2023**RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA**

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.

30 de Abril de 2023



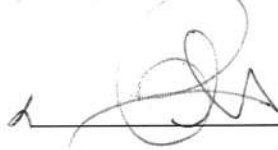
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
28/04/2023 12:51:13

Atendimento: 1311111 Data do Atendimento: 28/04/2023
Prontuário: 996039 Nome: SAMARA HEMIG DOMARADZKI
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 25/03/2009
RG: CPF: 12618258967 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: DAVID HUME Numero 517 CEP: 82110290
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302132
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PAULO ROBERTO DOMARADZKI Parentesco: PAI

- 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

301012921

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : SAMARA HEMIG DOMARADZKI 14 ANOS

Início da Triagem: 12:41:13.

Fim da Triagem: 12:44:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

MACHUCOU JOGANDO BOLA HOJE, TRAUMA EM MSD UNHA DO DEDO ANELAR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 28/04/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1311111 **Prontuário:** 996039 **SAME:** 996039 **Hora Atend:** 12:44 **Data Atend:** 28/04/2023
Paciente..... : SAMARA HEMIG DOMARADZKI
Endereço..... : DAVID HUME
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S601 - CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/04/2023
UF...: PR **CEP:** 82110290
Plano....: UNICO
Prestador da Evolução Médica: 4 **MARCOS SATO** **Hora Saída :** 14:16

HDA

TRAUMA EM 4º QDD DIREITO JOGADO VOLEY

EXAME FISICO

DOR EM IFD E COM AVULSAO PARCIAL DA UNHA NA BASE - FAZ USO DE UNHA EM GEL
SOLICITO RX DE MAO SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE 4º QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE 4º QDD

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
ANESTESIA E EXTRAÇÃO DA UNHA SOB ANESTESIA
LOXONIN 60
30101735


Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1485316 DATA: 28/04/2023 13:07
USUÁRIO.....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1311111 DT NASC: 25/03/2009 (14A 1M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996039 - SAMARA HEMIG DOMARADZKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2023 12:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1311111**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1						
Obs.: 4º DEDO							

Marcos Sato
Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia
MARCOS SATO
CRM: 11345

PRESCRIÇÃO.: 1485322 DATA: 28/04/2023 13:25
USUÁRIO....: MARCOS.SATO
ATENDIMENTO: 1311111 DT NASC: 25/03/2009 (14A 1M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 996039 - SAMARA HEMIG DOMARADZKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2023 12:44 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1311111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. SUTURA P	1					[28/04] . 13:25
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML FR	1	FRASCO	/			
-> XYLOCAINA 2% S/V 5ML ISOBARICA	1	AMPOLA	/			
AMP						
-> AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 UND	1	UNIDADE	/			
-> AGULHA DESCARTAVEL 30 X 7 UND	1	UNIDADE	/			
-> AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 UND	1	UNIDADE	/			
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13	1	UNIDADE	/			
FIOS UND						
-> COMPRESSA DE GAZE 7,5CM X 7,5CM	3	5 UNIDADE	/			
C/5 UND ESTERIL						
-> ADAPTADOR PARA TRANSFERENCIA	1	UNIDADE	/			
DE SORO UND						
-> SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM	1	UNIDADE	/			
AGULHA UND						
-> LUVA CIRURGICA DESCARTAVEL	1	UNIDADE	/			
ESTERIL 8,0 UND						
-> MONONYLON 4-0 1129T ENV	1	ENVELOPE	/			

Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO
CRM: 11345

Período de 28/04/2023 a 28/04/2023

Atendimento: 1311111 SAMARA HEMIG DOMARADZKI
Mãe: MARCIA ADRIANE SILVA HEMIG DOMARADZKI
Internação: 28/04/2023 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 25/03/2009

Unidade:
Médico: MARCOS SATO

Evolução/Anotação: 00621316

Data: 28/04/2023 Hora: 14:30

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO, QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO SUTURA + CURATIVO. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 SF 0,9% 100ML
01 AMP DE XYLOCAÍNA 2% S/V 5ML
01 AGULHA 13 X 4,5,
01 AGULHA 40 X 12
01 ATADURA DE CREPE DE 10 CM
03 COMPRESSAS DE GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5
01 ADAPTADOR PARA TRANSFERÊNCIA DE SORO
01 SERINGA DE 05 ML
01 LUVA CIRURGICA ESTÉRIL 7,5

Página: 0001/0001

Emitido por: OTAVIO.NASCIM

Em: 28/04/2023 14:37

Atendimento: 1311111 SAMARA HEMIG DOMARADZKI

Nascimento: 25/03/2009

Mãe: MARCIA ADRIANE SILVA HEMIG DOMARADZKI

Internação: 28/04/2023 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015

Evolução/Anotação: 00621316

Data: 28/04/2023 Hora: 14:30

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO, QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO SUTURA + CURATIVO. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 SF 0,9% 100ML
01 AMP DE XYLOCAÍNA 2% S/V 5ML
01 AGULHA 13 X 4,5,
01 AGULHA 40 X 12
01 ATADURA DE CREPE DE 10 CM
03 COMPRESSAS DE GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5
01 ADAPTADOR PARA TRANSFERÊNCIA DE SORO
01 SERINGA DE 05 ML
01 LUVA CIRURGICA ESTÉRIL 7,5

Página: 0001/0001

Emitido por: OTAVIO.NASCIM

Em: 28/04/2023 14:37

Atendimento: 1311111 SAMARA HEMIG DOMARADZKI

Nascimento: 25/03/2009

Mãe: MARCIA ADRIANE SILVA HEMIG DOMARADZKI

Internação: 28/04/2023 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015

Evolução/Anotação: 00621316

Data: 28/04/2023 Hora: 14:30

PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM MÉDICO DO PLANTÃO, QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO SUTURA + CURATIVO. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

01 SF 0,9% 100ML
01 AMP DE XYLOCAÍNA 2% S/V 5ML
01 AGULHA 13 X 4,5,
01 AGULHA 40 X 12
01 ATADURA DE CREPE DE 10 CM
03 COMPRESSAS DE GAZE ESTÉRIL 7,5 X 7,5
01 ADAPTADOR PARA TRANSFERÊNCIA DE SORO
01 SERINGA DE 05 ML
01 LUVA CIRURGICA ESTÉRIL 7,5

Página: 0001/0001

Emitido por: OTAVIO.NASCIM

Em: 28/04/2023 14:37

Atendimento: 1311111 SAMARA HEMIG DOMARADZKI

Nascimento: 25/03/2009

Mãe: MARCIA ADRIANE SILVA HEMIG DOMARADZKI

Internação: 28/04/2023 CID: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

PRESCRIÇÃO.: 1485316
SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
ATENDIMENTO: 1311111
PACIENTE....: 996039 - SAMARA HEMIG DOMARADZKI
ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PRESTADOR...: 11345 MARCOS SATO
ACOMODAÇÃO.:
UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S601 CONTUSAO DE DEDO(S) COM LESAO DA UNHA

DATA PRESCRIÇÃO: 28/04/2023 13:07
NR CARTEIRA: 3302132
VALIDADE: 31/12/2023
NASC: 25/03/2009 14A 1M 5D
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LEITO:

USUÁRIO: MARCOS.SATO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu.
MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITO)	1	*734871* 734871	28/04/2023 13:07		*962279* 962279 AT	32030126

Observação: 4° DEDO

Marcos Sat

MARCOS SATO
CRM : 11345

Atendimento: 1307843 - SOFIA ROCHA E LIMA Lote: 1584163 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SOFIA ROCHA E LIMA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 10841 Validade.:18/04/2023
Senha.....: 10841 Autoriz.:18/04/2023
Carteira.: 278452 Validade.: 31/12/2023 Titular....: SOFIA ROCHA E LIMA
: JOAO BIENTINEZ

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/04/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
18/04/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 10841

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
18/04/2023

5 - Senha

10841

6 - Data de Validade da Senha

10841

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
278452

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
SOFIA ROCHA E LIMA

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
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45739

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
18/04/2023

23 - Indicação Clínica
REFERE QMN COM MAO ESQUERDA FLEXIONADA ONTEM. REFERE DOR LOCAL EM MAO ESPALMADA. NEGA OUTRAS

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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)
2

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

1	18/04/2023	10:49	10:49	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2	18/04/2023	10:57	10:57	22	40803112	RX - PUNHO
3	18/04/2023	10:57	10:57	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO

42 - Ql.cde.	43 - V1a	44 - TéC.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001				65,00	65,00
001				30,64	30,64
001				30,64	30,64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sg. 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\$)
126.28

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\$)
126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Rocha e Lima
Nº da Carteira: 2.78.452
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 13/09/2012

Nº da Guia: 10841



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/04/2023	16:48:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição
Aluna estava em aula de educação física fazendo atividade, caiu e torceu a mão ao contato com o chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª AdrSofia Rocha e LimaSofia Rocha e Lima	(41) 3097-7450

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
Aluna foi atendida na coordenação e aplicado gelol na mão e gelo, foi comunicado ao responsável (mãe) e orientada a encaminhar a aluna no hospital de referencia.

Ass.:

Surion Velloso

P/

Nailson Veras do Nascimento

Nailson Veras

Coord. Disciplinar

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10841

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

8 - Número da Carteira
278452

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SOFIA ROCHA E LIMA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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
Alex W. Chiofai da Rocha
MEDICO
CRM 45.139

Dados do Socio/Procedimento e Exams Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - QLSoc. 28 - QLAutoriz.
1 0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
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

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Txc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Específico(a)

48 - Seq. Rol. 49 - Gr. Part 50 - Código na operacional/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

1. [assinatura] 2. [assinatura] 3. [assinatura] 4. [assinatura] 5. [assinatura] 6. [assinatura] 7. [assinatura] 8. [assinatura] 9. [assinatura] 10. [assinatura]

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPI/ME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: FERNANDA HERZ

Data/Hora: 18/04/2023 10:57:36

Contato: [assinatura]

Atendimento: 1307843

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 10841

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
278452

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SOFIA ROCHA E LIMA

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 Sociedade / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

DR. Alex W. Chodai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

27 - Q1.Solic. 28 - Q1.Autoriz.
1 0

Dados do Contratado Executante

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

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total 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: FERNANDA HERZ

Data/Hora: 18/04/2023 10:57:36

Contal.Ord.

Assinamento: 1307843

Conteúdo: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
18/04/2023 10:56:54

Atendimento: 1307843 Data do Atendimento: 18/04/2023
Prontuário: 995487 Nome: SOFIA ROCHA E LIMA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 13/09/2012
RG: CPF: 10496578960 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOAO BIENTINEZ Numero 270 CEP: 82810010
Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278452
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PEDRO ROBERTO B DOS SANTOS E LIMA Parentesco: PAI

- 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 : SOFIA ROCHA E LIMA, 10 ANOS

Início da Triagem 10:48:32.

Fim da Triagem:10:50:11.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA DURANTE ATIVIDADE FÍSICA NA ESCOLA, DOR MSE MÃO

Comorbidades: .

MUC: Nega

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC:bpm

FR:rpm

Tax:°C

SatO2:%

ECG:

Dor:

Data: 18/04/2023.

ANDREIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1307843 **Prontuário:** 995487 **SAME:** 995487 **Hora Atend:** 10:49 **Data Atend:** 18/04/2023
Paciente..... : SOFIA ROCHA E LIMA
Endereço..... : JOAO BIENTINEZ
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/04/2023
UF...: PR **CEP:** 82810010
Plano...: UNICO
Hora Saída : 14:37
Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

REFERE QMN COM MAO ESQUERDA FLEXIONADA ONTEM. REFERE DOR LOCAL EM MAO ESPALMADA.
NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FISICO

PUNHO ESQUERDO
SEM DEFPRMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
SEM DOR À PALPAÇÃO DO DORSO DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO SEM RSETRIÇÃO
NV PRESERVADO EM MSE

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO PUNHO
RX SEM SINAIS DE FRATURA RECENTE. RX SEM LAUDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO PUNHO
RX SEM SINAIS DE FRATURA RECENTE. RX SEM LAUDO

TRATAMENTO

DISCUTO CASO COM DR ANDRE ALMEIDA - CONFORME ORIENTAÇÃO
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 QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO SE SINAIS DE ALARME

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1481795 DATA: 18/04/2023 10:57
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1307843 DT NASC: 13/09/2012 (10A 7M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 995487 - SOFIA ROCHA E LIMA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/04/2023 10:49 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1307843

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA) Obs.: AP + OBLIQ	1					
2 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) Obs.: AP + P + OBLIQ	1					

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PRESCRIÇÃO.: 1481795 DATA PRESCRIÇÃO: 18/04/2023 10:57
SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO NR CARTEIRA: 278452
ATENDIMENTO: 1307843 VALIDADE: 31/12/2023
PACIENTE...: 995487 - SOFIA ROCHA E LIMA NASC: 13/09/2012 10A 7M 5D
ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESTADOR...: 45739 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
ACOMODAÇÃO.: LEITO:
UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
ALEX.ROCHA USUÁRIO:

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu
MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDO)	1	*732945* 732945	18/04/2023 10:57		*959490* 959490 AT	32030126
Observação: AP + OBLIQ						
PUNHO A.P - LAT - OBLIQUAS (ESQUERDO)	1	*732945* 732945	18/04/2023 10:57		*959489* 959489 AT	32030118
Observação: AP + P + OBLIQ						

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM : 45739

Atendimento: 1309889 - SOFIA SANTOS FERRAZ Lote: 1587351 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: SOFIA SANTOS FERRAZ
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 10950 Validade...:25/04/2023
Senha.....: 10950 Autoriz...:25/04/2023
Carteira...: 2117691 Validade...: 02/05/2023 Titular...: SOFIA SANTOS FERRAZ
: BELEM

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
	15,18	0,00	0,00	0,00	0,00	15,18
MATERIAIS	63,44	0,00	0,00	0,00	0,00	63,44
EXAMES E DIAGNOSTICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
IONORARIOS MEDICOS						
Total da Conta:						151,62

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
25/04/2023	08007090 ATADURA CREPE 20CM 1,80MT CYSNE	RL	2	7,5449	15,09
			Total :		15,18

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	31,7200	63,44
			Total :		63,44

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/04/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
25/04/2023	ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTATO)	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
				Total :		73,00

Total Geral: 151,62



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10950

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Semte

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10950

4 - Data de Autorização
25/04/2023

5 - Semte
10950

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2117691

9 - Validade da Carteira
02/05/2023

10 - Nome
SOFIA SANTOS FERRAZ

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
21515

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/04/2023

23 - Indicação Clínica
QMN COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL, SEM DEMAIS QUEI

27 - Cl. Solic.
28 - Cl. Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC
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
1 25/04/2023	11:56	11:56	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 25/04/2023	11:56	11:56	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-CESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
3 25/04/2023	12:09	12:09	22	40804062	RX - PATELA
4 25/04/2023	12:09	12:09	22	40804062	RX - PATELA

42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001				65,00	65,00
001				8,00	8,00
001				31,72	31,72
001				31,72	31,72

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
136,44

60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
15,18

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\$)
151,62

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1587251

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURTIBA

Atendimento: 1309888

Contato: 1587251

Data/Hora: 07/09/2023 09:33:30

Impresso por: CAMILA ROSA



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada		3005585							
000000	10960									
Dados do Contratado Executante										
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante					
5 - 03	25/04/2023	11:56:00	a	11:56:00	19	7034419	2	045	1.00	7.54
20 - Descrição:	ATADURA CREPOM 20CMX1,8MT (EM REPOUSO)	12UNID CYSNE 165 920					10	038	1.00	0.09
6 - 03	25/04/2023	11:56:43			19	70272875				
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
0.00										
23 - Total de Materiais (R\$)										
15.18										
24 - Total de OPME (R\$)										
0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)										
0.00										
26 - Total de Diárias (R\$)										
0.00										
27 - Total Geral (R\$)										
15.18										

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 07/08/2023 09:33:34

Contato/Lote: 1587351

Atendimento: 1309889

Convênio/CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1587351

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Santos Ferraz
Nº da Carteira: 2.11.7691
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 18/07/2012

Nº da Guia: 10950



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2023	10:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna relata que estava jogando basquete na aula de Educação Física, na hora de fazer a cesta chocou-se com outros colegas, o joelho estralou e ela caiu no chão. Relata dor e apresenta vermelhidão e inchaço no local.

Testemunha da ocorrência

Prof. Regiane

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Tania

Data

25/04/2023

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Foi aplicado gelo e gelol no local e encaminhamos para atendimento médico.

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: contato.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

Impresso por: Rosemeri Alves da Paixão

1 de 1

25/04/2023 10:58



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

2 - Nº Guia no Prestador **10950**

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 Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2117691	9 - Validade da Carteira
10 - Nome SOFIA SANTOS FERRAZ	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
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 / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/04/2023
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22
25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
1	0

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES 3005585	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Ttc.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	
1 - ☐	2 - ☐
3 - ☐	4 - ☐
5 - ☐	6 - ☐
7 - ☐	8 - ☐
9 - ☐	10 - ☐

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 Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
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 **10950**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

8 - Número da Carteira

2117691

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SOFIA SANTOS FERRAZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Beneficiário

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 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

25/04/2023

23 - Indicação Clínica

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 Executado

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acdente (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 / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Cr. 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 de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
25/04/2023 12:03:19

Atendimento: 1309889 Data do Atendimento: 25/04/2023
Prontuário: 995867 Nome: SOFIA SANTOS FERRAZ
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 18/07/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: BELEM

Número 61

CEP: 80035170

Bairro: CABRAL

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2117691

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

30711010 -

AA

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : SOFIA SANTOS FERRAZ - 10 ANOS

Início da Triagem: 11:53:04.

Fim da Triagem: 12:01:31.

Classificação: VERDE (90 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO, QUEDA HOJE AS 10:30H NA ESCOLA.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 90bpm FR: rpm Tax: 36,7°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 20/04/2023.

ENFª LUCIMAR M. COSTA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1309889 **Prontuário:** 995867 **SAME:** 995867 **Hora Atend:** 11:56 **Data Atend:** 25/04/2023
Paciente..... : SOFIA SANTOS FERRAZ **Idade:** 10 a
Endereço..... : BELEM
Bairro..... : CABRAL
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 85000-000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/04/2023 **Hora Saída :** 15:00
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

QMN COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM
DEMAIS QUEIXAS

EXAME FISICO

EM CADEIRA DE RODAS, INCAPAZ DE DEAMBULAR
DERRAME ARTICULAR DE GRANDE PORTE E PALPAÇÃO DE FACE MEDIAL DO JOELHO DOLOROSA. SEM
DOR À PALPAÇÃO DE FEMUR DISTAL E TIBIA PROXIMAL
ADM ATIVA ABOLIDA PELA DOR
QUADRIS COM ADM LIVRE E SIMÉTRICA, SEM DOR À PALPAÇÃO
NV PRESERVADO
RX: SH 1

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE JOELHO - SH1

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE JOELHO - SH1

TRATAMENTO

DISCUTIDO COM DR. ANDRÉ ALMEIDA: EFETUO ENFAIXAMENTO DO JOELHO E PRESCREVO BRACE
IMOBILIZADOR DO JOELHO + RETIRO CARGA
RETORNO AMBULATORIAL COM RNM
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO PRECOCE SE NECESSÁRIO

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1309889 **Prontuário:** 995867 **SAME:** 995867
Paciente..... : SOFIA SANTOS FERRAZ
Endereço..... : BELEM
Bairro..... : CABRAL
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/04/2023

Hora Atend: 11:56 **Data Atend:** 25/04/2023
Idade: 10 a

UF..: PR **CEP:** 80035170
Plano...: UNICO

Hora Saída : 15:00

Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

HDA

QMN COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM
DEMAIS QUEIXAS

EXAME FISICO

EM CADEIRA DE RODAS, INCAPAZ DE DEAMBULAR
DERRAME ARTICULAR DE GRANDE PORTE E PALPAÇÃO DE FACE MEDIAL DO JOELHO DOLOROSA. SEM
DOR À PALPAÇÃO DE FEMUR DISTAL E TIBIA PROXIMAL
ADM ATIVA ABOLIDA PELA DOR
QUADRI COM ADM LIVRE E SIMÉTRICA, SEM DOR À PALPAÇÃO
NV PRESERVADO
RX: SH 1

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE JOELHO - SH1

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE JOELHO - SH1

TRATAMENTO

DISCUTIDO COM DR. ANDRÉ ALMEIDA: EFETUO ENFAIXAMENTO DO JOELHO E PRESCREVO BRACE
IMOBILIZADOR DO JOELHO + RETIRO CARGA
RETORNO AMBULATORIAL COM RNM
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO PRECOCE SE NECESSÁRIO


ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1484092 DATA: 25/04/2023 12:08
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1309889 DT NASC: 18/07/2012 (10A 9M 7D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995867 - SOFIA SANTOS FERRAZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/04/2023 11:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1309889

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					
2 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES JOELHO	1					[25/04] . 12:08
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE				
UND						
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				

Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM-PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222

Período de 25/04/2023 a 25/04/2023

Atendimento: 1309889 SOFIA SANTOS FERRAZ
Mãe: ANNI KAROLINY DOS SANTOS CARVALHEDO
Internação: 25/04/2023 CID: S800 CONTUSAO DO JOELHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 18/07/2012

Unidade:
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Evolução/Anotação: 00620790

Data: 25/04/2023 Hora: 18:37

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:
02 ATADURA DE CREPE 20 CM
50 CM DE MICROPORE

Franciele Bibiano da Cruz
Téc. de Enfermagem
COFEN-PR 001.605.937

1587 - FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

Atendimento: 1309889 SOFIA SANTOS FERRAZ
Mãe: ANNI KAROLINY DOS SANTOS CARVALHEDO
Internação: 25/04/2023 CID: S800 CONTUSAO DO JOELHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 18/07/2012

Unidade:
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Evolução/Anotação: 00620790

Data: 25/04/2023 Hora: 18:37

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:
02 ATADURA DE CREPE 20 CM
50 CM DE MICROPORE

Página: 0001/0001
Emitido por:FRANCIELE.CRI
Em: 25/04/2023 18:44

1587 - FRANCIELE BIBIANO DA CRUZ
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 001605837

Atendimento: 1309889 SOFIA SANTOS FERRAZ
Mãe: ANNI KAROLINY DOS SANTOS CARVALHEDO
Internação: 25/04/2023 CID: S800 CONTUSAO DO JOELHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 18/07/2012

Unidade:
Médico: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Evolução/Anotação: 00620790

Data: 25/04/2023 Hora: 18:37

PACIENTE ADMITIDA NO P.A. LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAL UTILIZADO:
02 ATADURA DE CREPE 20 CM
50 CM DE MICROPORE

Página: 0001/0001
Emitido por:FRANCIELE.CRI
Em: 25/04/2023 18:44

endimento: 1320102 - THOMAS FELIPE FRANCO Lote: 1603666 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: THOMAS FELIPE FRANCO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
Guia.....: 11507 Validade.:25/05/2023
Senha.....: 11507 Autoriz.:25/05/2023 Titular....: THOMAS FELIPE FRANCO
Carteira.: 3302898 Validade.: 31/12/2023
: AV VEREADOR TOALDO TULIO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
EXAMES E DIAGNOSTICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
MONORARIOS MEDICOS						
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
25/05/2023 40804054 JOELHO
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

Unid./Ativ.

EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	39,8320	39,83
Total :		39,83

MONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
25/05/2023 10101039 EM PRONTO SOCORRO
GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729

Unid./Ativ.

UND

CLINICO

%Proc.
100,00%

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	65,0000	65,00
Total :		65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 11507

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

5 - Senha

4 - Data de Autorização
25/05/2023

11507

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11507

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
THOMAS FELIPE FRANCO

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

GABRIEL FRIACA DE OLIVEIRA CARDOSO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
46356

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação
25/05/2023

23 - Indicação Clínica

PACIENTE REFERE TRAUMA TORCIONAL DE JOELHO A ESQUERDA, NA TARDE DE HOJE, NEGA OUTRA SQUEIXAS, N

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

04

33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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
1 25/05/2023 19:41 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 25/05/2023 20:43 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Ql. Cde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 39.83 39.83

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gf. 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

104.83

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

104.83

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thomas Felipe Franco
Nº da Carteira: 3.30.2898
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 23/10/2017

Nº da Guia: 11507



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/05/2023	10:51:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Estava dentro do playground quando bateu a perna muito forte, saiu do brinquedo chorando e após um tempo começou a mancar. O aluno relata que a batida foi muito forte e está doendo demais.

Testemunha da ocorrência

Rafaela

Telefone

(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros

Erika Farias

Data

25/05/2023

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

O aluno foi atendido pela professora Rafaela, o monitor Breno e a coordenadora disciplinar Erika. A família foi avisada e buscou o aluno mais cedo.

Ass.: _____

Erika Farias David

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 11507

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

4 - Data de Autorização

8 - Número da Carteira 3302898

13 - Código da Operadora 766305180000107

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA

21 - Caráter do Atendimento 2

24 - Tabela 1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref 49 - Gr Part 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total 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: EDUARDA OLIVEIRA Data/hora: 25/05/2023 19:49:09 Contato: Atendimento: 1320102

Gabriel Frias de P. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46359

**



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

2 - Nº Guia no Prestador 11507

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3302898

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
THOMAS FELIPE FRANCO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código do 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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura de O. Cardos

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Critério do Atendimento

22 - Data da Solicitação

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

23 - Indicação Clínica

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic

1

28 - Qt. Autoriz

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

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

Dados de Exercício / 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 - Têc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos(as) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

Impresso por EDUARDO OLIVEIRA

Data/Hora: 25/05/2023 19:49:09

Contato:

Atendimento: 1320102

Conteúdo: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1320102**Pedido.....:** 740258**Paciente.....:** THOMAS FELIPE FRANCO**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**Data do Exame.:** 25/05/2023**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO**

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

29 de Maio de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA.OLIVEIRA
25/05/2023 19:47:51

Atendimento: 1320102 Data do Atendimento: 25/05/2023
Prontuário: 997652 Nome: THOMAS FELIPE FRANCO
Sexo: MASCULINO Idade: 5 Data de Nascimento: 23/10/2017
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: AV VEREADOR TOALDO TULIO

Numero 2659

CEP: 82015680

Bairro: SANTA FELICIDADE

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302898

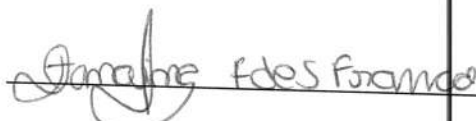
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: JANAINA FERREIRA DE SOUZA

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**

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1320102 **Prontuário:** 997652 **SAME:** 997652 **Hora Atend:** 19:41 **Data Atend:** 25/05/2023
Paciente..... : THOMAS FELIPE FRANCO
Endereço..... : AV VEREADOR TOALDO TULIO
Bairro..... : SANTA FELICIDADE
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 26/05/2023 **Hora Saída :** 01:55

Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA TORCIONAL DE JOELHO A ESQUERDA , NA TARDE DE HOJE, NEGA OUTRA SQUEIXAS , NEGA MUC E ALERGIAS , PACIENTE DEAMBULANDO SEM AUXILIO, RINDO DURANTE ATENDIMENTO

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA, NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVRE , DOR EM REGIAO MEDIAL , SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR COMPARATIVA

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

ORIENTO , LSIADOR , MELOXICAM , GELO , REPOUSO , RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1495771 DATA: 25/05/2023 20:42
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1320102 DT NASC: 23/10/2017 (5A 7M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997652 - THOMAS FELIPE FRANCO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/05/2023 19:41 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do Médico

1320102

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356

PRESCRIÇÃO.: 1495771

SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ATENDIMENTO: 1320102

PACIENTE...: 997652 - THOMAS FELIPE FRANCO NASC: 23/10/2017 5A 7M 3D

ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PRESTADOR...: 46356 GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

ACOMODAÇÃO..

UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado

AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: 4 RADIOLOGIA

USUÁRIO: GABRIEL.CARDOSO

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu
JOELHO A.P	1	*740258*	25/05/2023		*970115*	32040148
- LAT -		740258	20:42		970115	AT
OBLIQUAS +						
3 AXIAIS						
(ESQUERDO)						

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARD
CRM : 46356

Paciente.: VALENTINA DOS SANTOS
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
 Guia.....: 11279 Validade.:15/05/2023
 Senha.....: 11279 Autoriz.:15/05/2023
 Carteira.: 278132 Validade.: 30/10/2023 Titular....: VALENTINA DOS SANTOS
 : DUARTE DA COSTA

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						110,18

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
15/05/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
15/05/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
				Total :	6,54

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/05/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
			Total :		30,64

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitário	VI Total
15/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
15/05/2023	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO		Total :		73,00

Atendimento: 1316439 - VALENTINA DOS SANTOS Lote: 1597761 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 110,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 11279

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/05/2023

5 - Sessão

11279

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11279

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
278132

9 - Validade da Carteira
30/10/2023

10 - Nome
VALENTINA DOS SANTOS

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/05/2023

23 - Indicação Clínica
BOLADA EM 3 QRD ESQ DOR EDEMA EM IFP DE 3 QRD

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
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
30055685

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

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 15/05/2023 13:54 13:54 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 15/05/2023 13:54 13:54 22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GRSSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
3 15/05/2023 14:20 14:20 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1 1 1.0 65.00 65.00
001 1 1 1.0 8.00 8.00
001 1 1 1.0 30.64 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
1 - / / 3 - / /
2 - / / 4 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
103.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
6.54

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\$)
110.18

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	11279

Dados do Contratado Especialista	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
5 - Código ONES	
3005585	

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17-	Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante								
4 -	03	15/05/2023	13:54:33	a	13:54:33	19	70272875		0.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
5 -	03	15/05/2023	13:54:33		13:54:33	19	70754284		5.12	5.12
20 - Descrição: TALAFOX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
6 -	03	15/05/2023	13:54:33		13:54:33	19	70799172		0.13	1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Espardrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina dos Santos
Nº da Carteira: 2.78.132
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 07/08/2012

Nº da Guia: 11279



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2023	11:41:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava na aula de Ed. Física e a bola bateu com força no dedo que torceu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado ao responsável (pai) e encaminhado 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 1316439

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Conselho de Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz. 29 - QI Solic. 30 - QI Autoriz.

31 - Código CNES 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de acidente (paciente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Queda 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Real / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

55 - 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 Abundantes (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 1316439

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Número da Carteira

278132

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VALENTINA DOS SANTOS

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Afiliamento a FN
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 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

15/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 10101039

Consultar em pronto socorro

27 - Ql. Saúde

28 - Ql. Autiz.

1 0

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNEC

3005585

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Saúde

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Soc. Incl.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sessão

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 15/05/2023 14:01:28

Contato: 016

Atendimento: 1316439

Contato: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1316439

Pedido.....: 738157

Paciente.....: VALENTINA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 15/05/2023

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.

18 de Maio de 2023



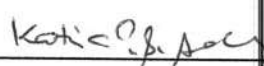
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
15/05/2023 14:00:54

Atendimento: 1316439 Data do Atendimento: 15/05/2023
Prontuário: 997057 Nome: VALENTINA DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 07/08/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: DUARTE DA COSTA Numero 803 CEP: 83301070
Bairro: JARDIM BELA VISTA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 278132
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS 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

3094010.

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1316439 **Prontuário:** 997057 **SAME:** 997057 **Hora Atend:** 13:54 **Data Atend:** 15/05/2023
Paciente..... : VALENTINA DOS SANTOS
Endereço..... : DUARTE DA COSTA
Bairro..... : JARDIM BELA VISTA
Cidade..... : PIRAQUARA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/05/2023

UF...: PR **CEP:** 83301070
Plano...: UNICO

Hora Saída : 14:54

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

HDA

BOLADA EM 3 QRD ESQ
DOR EDEMA EM IFP DE 3 QRD

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM IFP DE 3 QRD

DIAGNOSTICO

ENTORS E DE 3 QRD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORS E DE 3 QRD

TRATAMENTO

TALA DE ALUMINIO
MEIDCCÃO
GELO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1491587 DATA: 15/05/2023 14:20
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1316439 DT NASC: 07/08/2012 (10A 9M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 997057 - VALENTINA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/05/2023 13:54 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.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1316439

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 3 QRD AP PERFIL						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[15/05] . 14:20
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				



HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Período de 15/05/2023 a 15/05/2023

Atendimento: 1316439 VALENTINA DOS SANTOS
Mãe: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS
Internação: 15/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento: 07/08/2012

Unidade:
Médico: HALAN GIRARDI PRESA

Evolução/Anotação: 00624326

Data: 15/05/2023 Hora 15:00

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Página: 0001/001

Emitido por: CRISTIANE MENDES

Em: 15/05/2023

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem

1903 CRISTIANE MENDES 01.738.408

Atendimento: 1316439 VALENTINA DOS SANTOS
Mãe: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS
Internação: 15/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento:

COREN: 1738408

Evolução/Anotação: 00624326

Data: 15/05/2023 Hora 15:00

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Página: 0001/001

Emitido por: CRISTIANE MENDES

Em: 15/05/2023

CRISTIANE MENDES

Atendimento: 1316439 VALENTINA DOS SANTOS
Mãe: KATIA CILENE DA S DOS SANTOS
Internação: 15/05/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nascimento:

COREN: 1738408

Evolução/Anotação: 00624326

Data: 15/05/2023 Hora 15:00

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Página: 0001/001

Emitido por: CRISTIANE MENDES

Em: 15/05/2023

PRESCRIÇÃO.: 1491587

SETOR SOLIC: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ATENDIMENTO: 1316439

PACIENTE...: 997057 - VALENTINA DOS SANTOS NASC: 07/08/2012 10A 9M 8D

ORIGEM ATD.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PRESTADOR...: 19208 HALAN GIRARDI PRESA

ACOMODAÇÃO..:

UNID INTERN: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

DATA PRESCRIÇÃO: 15/05/2023 14:20

NR CARTEIRA: 278132

VALIDADE: 30/10/2023

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LEITO:

USUÁRIO: HALAN.PRESA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: 4 RADIOLOGIA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu.
MAO OU QUIRODACTI LOS (ESQUERDO)	1	*738157* 738157	15/05/2023 14:20		*967068* 967068 AT	32030126

Observação: 3 QRD AP PERFIL



HALAN GIRARDI PRESA
CRM : 19208

Atendimento: 1314045 - VALENTINA ISADORA SILVA Lote: 1594020 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA ISADORA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 11146 Validade.:08/05/2023
Senha.....: 11146 Autoriz.:08/05/2023
Carteira.: 279631 Validade.: 31/12/2023 Titular....: VALENTINA ISADORA SILVA
: MAJOR ESTANISLAU GROSSMANN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
08/05/2023 40804062 PATELA
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930

Unid./Ativ.

EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	31,7200	31,72
Total :		31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data Procedimento / Prestador - CRM - CPF
08/05/2023 10101039 EM PRONTO SOCORRO
HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901

Unid./Ativ.

UND
CLINICO

%Proc.

100,00%

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	65,0000	65,00
Total :		65,00

Total Geral: 96,72



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Semte

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
11146

4 - Data de Autorizado
08/05/2023

5 - Semte
11146

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
279631

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
VALENTINA ISADORA SILVA

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
08/05/2023

23 - Indicação Clínica
TORCEU O JOELHO ESQ JOGANDO FUTSAL AGORA PELA MANHA

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial

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)
2

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
1 08/05/2023 12:48 12:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 08/05/2023 12:59 12:59 22 40804062 RX - PATELA

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 1.0 31.72 31.72

Identificação do(s) Profissional(is) Encarregado(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\$)
96.72

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total do CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
96.72

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1594020

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Isadora Silva

Nº da Carteirinha: 2.79.631

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 15/10/2011

Nº da Guia: 11146



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/05/2023	11:11:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Durante o intervalo, a aluna estava jogando bola quando correu e torceu o joelho sentindo muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Fabício	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	08/05/2023

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
A aluna foi atendida pela monitora com gelo e pomada no local. A família foi comunicada via whatsapp sobre o ocorrido.

Ass.:


Luciane Diaz
Vice Diretora Escolar
Luciane Diaz

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 11146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

279631

VALENTINA ISADORA SILVA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

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

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CNES

30 - Código CBO

31 - Código CBO

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Rol.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 11146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

6 - Data Validade da Semta

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data de Autorização

5 - Semta

8 - Nome da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

06

0000

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

22 - Data de Solicitação

08/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

2

08/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CNES

3005585

Dados do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Solic.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Autoriz.

50 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Solic.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Autoriz.

50 - Código CNES

3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

2

08/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CNES

3005585

Dados do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Solic.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Autoriz.

50 - Código CNES

3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

2

08/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CNES

3005585

Dados do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Solic.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Autoriz.

50 - Código CNES

3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

2

08/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Código CNES

3005585

Impresso por: FERNANDA HERZ

Data/Hora: 08/05/2023 12:56:31

Contatado

Atendimento: 1314045

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1314045**Pedido.....:** 736751**Paciente.....:** VALENTINA ISADORA SILVA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** HALAN GIRARDI PRESA**Data do Exame.:** 08/05/2023**RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO****Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

13 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
08/05/2023 12:55:37

Atendimento: 1314045 Data do Atendimento: 08/05/2023
Prontuário: 996621 Nome: VALENTINA ISADORA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 15/10/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: MAJOR ESTANISLAU GROSSMANN Numero 44 CEP: 82980180
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279631
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SUZY LAINE VINTICINCO DA SILVA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1314045 **Prontuário:** 996621 **SAME:** 996621 **Hora Atend:** 12:48 **Data Atend:** 08/05/2023
Paciente..... : VALENTINA ISADORA SILVA **Idade:** 11 a
Endereço..... : MAJOR ESTANISLAU GROSSMANN
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82980180
CID Principal..... : S832 - RUPTURA DO MENISCO, ATUAL **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/05/2023 **Hora Saída :** 13:25
Prestador da Evolução Médica: 34 HALAN GIRARDI PRESA

HDA

TORCEU O JOELHO ESQ
JOGANDO FUTSAL AGORA PELA MANHA

EXAME FISICO

DERRAME ARTICULAR
LACKMAN DURO
GA - GP -
MCMURRAY -
APLEY -
STRESS VARO - VALGO -

DIAGNOSTICO

LUXAÇÃO DE PATELA JA REDUZIDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LUXAÇÃO DE PATELA JA REDUZIDA

TRATAMENTO

JOELHEIRA
AINES
GELO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1489010 DATA: 08/05/2023 12:59
USUÁRIO.....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1314045 DT NASC: 15/10/2011 (11A 6M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 996621 - VALENTINA ISADORA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/05/2023 12:48 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S832 RUPTURA DO MENISCO, ATUAL CICLO... 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1314045*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1						

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Atendimento: 1319703 - VICTORIA LARA TAVARES Lote: 1603071 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: VICTORIA LARA TAVARES
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 11489 Validade.:25/05/2023
Senha.....: 11489 Autoriz.:25/05/2023
Carteira...: 2334977 Validade.: 31/12/2023 Titular....: VICTORIA LARA TAVARES
: EMMANUEL KANT

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	79,66	0,00	0,00	0,00	0,00	79,66
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						144,66

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X				Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.				
24/05/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME		1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
24/05/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME		1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :						79,66

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO				Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.			
24/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						144,66



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

2 - Nº Guia no Prestador 11489

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11489
4 - Data de Autorização 25/05/2023	5 - Semha 11489	10 - Nome VICTORIA LARA TAVARES	12 - Atendimento a RN N
8 - Número da Carteira 2334977	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39478
15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/05/2023	23 - Indicação Clínica VIRUPE ESQUERDO NA ESCOLA HOJE. TEM DOR.	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 28 - Descrição			
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Contratado / Encarregado			
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada 9	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 24/05/2023 19:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 24/05/2023 21:00 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 3 24/05/2023 21:00 22 40804097 RX - PE DO PODOCTILO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 39.83 001 1.0 39.83
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			
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 144.66	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\$) 144.66	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Victoria Lara Tavares
Nº da Carteira: 2.33.4977
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 14/04/2010

Nº da Guia: 11489



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2023	15:34:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, quando torceu o pé, aparentemente o tornozelo esta inchado.

Testemunha da ocorrência

Professora Larissa

Telefone

(41) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

24/05/2023

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

na sala de apoio foi feita compressa de gelo .

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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 1319703

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização
5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2334977
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
VICTORIA LARA TAVARES
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
PATRICK WILLIAN PADOANI
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
39478
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
25/05/2023
23 - Indicação Clínica
VIRIPE ESQUERDO NA ESCOLA HOJE. TEM DOR.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
1
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qtd. Sessão
28 - Qtd. Medicamento
1 0

Dados do Contrato Específico
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA
31 - Código CNES
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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Qtda.
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)
48 - Seq. Real.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora/CNPJ
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - 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 CPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

Dr. Patrick Willian Padoani
CRM 39478/PR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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

2 - Nº Guia no Prestador 1319703

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 2334977

9 - Validade da Carteira

10 - Nome VICTORIA LARA TAVARES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora 76630518000107

14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 39478

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 25/05/2023

23 - Indicação Clínica VIROUPE ESQUERDO NA ESCOLA HOJE. TEM DOR.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES 3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Cidr. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(a) Profissional(is) Executante(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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Ausúgios (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMIE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 25/05/2023 10:50:45

Contat.Cde:

Atendimento: 1319703

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1319703**Pedido.....:** 740050**Paciente.....:** VICTORIA LARA TAVARES**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** PATRICK WILLIAN PADOANI**Data do Exame.:** 24/05/2023**RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

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.

28 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1319703

Pedido.....: 740050

Paciente.....: VICTORIA LARA TAVARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PATRICK WILLIAN PADOANI

Data do Exame.: 24/05/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Maio de 2023

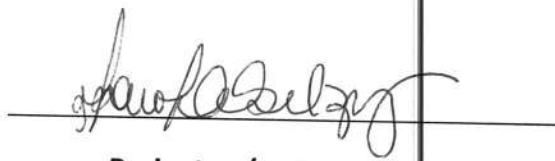


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLEANDRO.COSTA
24/05/2023 19:51:19

Atendimento: 1319703 Data do Atendimento: 24/05/2023
Prontuário: 779258 Nome: VICTORIA LARA TAVARES
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 14/04/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988627375
Rua: EMMANUEL KANT Numero 382 CEP: 83030040
Bairro: ARISTOCRATA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334977
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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1319703 **Prontuário:** 779258 **SAME:** 779258 **Hora Atend:** 19:45 **Data Atend:** 24/05/2023
Paciente..... : VICTORIA LARA TAVARES **Idade:** 13 a
Endereço..... : EMMANUEL KANT
Bairro..... : ARISTOCRATA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83030040
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/05/2023 **Hora Saída :** 03:06
Prestador da Evolução Médica: 1164 **PATRICK WILLIAN PADOANI**

HDA

VIROUPE ESQUERDO NA ESCOLA HOJE. TEM DOR.

EXAME FISICO

BEG, DEAMBULA CLAUDICANDO
EDEMA + DOR PALPAÇÃO PERIMALEOLAR LATERAL TNZ
APIORA DA DOR A SUPINAÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA
ADM E NV PRESERVADOS
RX: SEM SINAIS APARENTES DE FX

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO

TRATAMENTO

ADORLAN + MIOSAN + ORINETAÇÕES
RETORNO AMBULATORIAL COM ESPECIALISTA
RETORNO PA SE SINAIS DE ALERTA

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1495370 DATA: 24/05/2023 21:00
USUÁRIO....: PATRICK.PADOANI
ATENDIMENTO: 1319703 DT NASC: 14/04/2010 (13A 1M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 779258 - VICTORIA LARA TAVARES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2023 19:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PATRICK WILLIAN PADOANI SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1319703

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					

PATRICK WILLIAN PADOANI
CRM: 39478

Atendimento: 1319563 - YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA Lote: 1602804 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 11473 Validade.:24/05/2023
Senha.....: 11473 Autoriz.:24/05/2023
Carteira.: 2334623 Validade.: 31/12/2023 Titular....: YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA
: MORRETES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	115,00	0,00	0,00	0,00	0,00	115,00
Total da Conta:						152,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
24/05/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
24/05/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/05/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
24/05/2023	30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATC GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO	100,00%	1	50,0000	50,00
Total :						115,00

Atendimento: 1319563 - YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA Lote: 1602804 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 152,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 11473

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha 11473	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11473	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 24/05/2023	5 - Senha 11473	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2334623				
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20141	18 - UF 41
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN			19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/05/2023	23 - Indicação Clínica HA 1º DIA REFRE QUE TEVE TRAUMA NA MAO E COM BOLA NA ESCOLA	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição				
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 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 1 24/05/2023 14:14 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 24/05/2023 14:14 22 30722349 FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR 3 24/05/2023 14:28 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 50.00 001 1.0 30.64			
Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 145.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	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\$) 152.18				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

1607804

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1319563

Contat.Lote: 1602804

Data/Hora: 07/06/2023 09:27:37

Impresso por: CAMILA ROSA



11473

3 - Código na Operadora

4 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

5 - Código CNES

3005585

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item

12-Qtdc.

13-Unidade de Medida

14-Fator Red..
/ Acresc.

15-Valor Unitário - R\$
19-Nº Autorização de Furi

16-Valor Total - R\$
amento

17- Registro ANVISA do Material

18-Referência do material no fabricante

4 -	03	24/05/2023	14:14:18
-----	----	------------	----------

a	14:14:15	19	70272875
---	----------	----	----------

0360

1.00

0.00

20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MED H HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos

5-03	24/05/2023	14:14:15	14:14:15	19	70754284
------	------------	----------	----------	----	----------

1

036

312

1

20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED.12UNID 924-04

4-04 70700470

0

038

0.13

1.33

20 - Descrição:	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m
-----------------	--

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasmin Vicente Ferreira de Souza
Nº da Carteira: 2.33.4623
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 27/09/2007

Nº da Guia: 11473



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2023	08:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava em educação física quando ao pegar a bola vindo a torcer o dedo, aparentemente inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	24/05/2023

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
Na sala de apoio foi feita a compressa de gelo a mãe foi avisada.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11473

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

2334623

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

22 - Data da Solicitação

24/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Excetante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEB

3005585

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 / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Excetante(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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional ou Responsável

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional ou Responsável

70 - Assinatura do Profissional ou Responsável

71 - Assinatura do Profissional ou Responsável

72 - Assinatura do Profissional ou Responsável

73 - Assinatura do Profissional ou Responsável

74 - Assinatura do Profissional ou Responsável

75 - Assinatura do Profissional ou Responsável

76 - Assinatura do Profissional ou Responsável

77 - Assinatura do Profissional ou Responsável

78 - Assinatura do Profissional ou Responsável

79 - Assinatura do Profissional ou Responsável

80 - Assinatura do Profissional ou Responsável

81 - Assinatura do Profissional ou Responsável

82 - Assinatura do Profissional ou Responsável

83 - Assinatura do Profissional ou Responsável

84 - Assinatura do Profissional ou Responsável

85 - Assinatura do Profissional ou Responsável

86 - Assinatura do Profissional ou Responsável

87 - Assinatura do Profissional ou Responsável

88 - Assinatura do Profissional ou Responsável

89 - Assinatura do Profissional ou Responsável

90 - Assinatura do Profissional ou Responsável

91 - Assinatura do Profissional ou Responsável

92 - Assinatura do Profissional ou Responsável

93 - Assinatura do Profissional ou Responsável

94 - Assinatura do Profissional ou Responsável

95 - Assinatura do Profissional ou Responsável

96 - Assinatura do Profissional ou Responsável

97 - Assinatura do Profissional ou Responsável

98 - Assinatura do Profissional ou Responsável

99 - Assinatura do Profissional ou Responsável

100 - Assinatura do Profissional ou Responsável

101 - Assinatura do Profissional ou Responsável

102 - Assinatura do Profissional ou Responsável

103 - Assinatura do Profissional ou Responsável

104 - Assinatura do Profissional ou Responsável

105 - Assinatura do Profissional ou Responsável

106 - Assinatura do Profissional ou Responsável

107 - Assinatura do Profissional ou Responsável

108 - Assinatura do Profissional ou Responsável

109 - Assinatura do Profissional ou Responsável

110 - Assinatura do Profissional ou Responsável

111 - Assinatura do Profissional ou Responsável

112 - Assinatura do Profissional ou Responsável

113 - Assinatura do Profissional ou Responsável

114 - Assinatura do Profissional ou Responsável

115 - Assinatura do Profissional ou Responsável

116 - Assinatura do Profissional ou Responsável

117 - Assinatura do Profissional ou Responsável

118 - Assinatura do Profissional ou Responsável

119 - Assinatura do Profissional ou Responsável

120 - Assinatura do Profissional ou Responsável

121 - Assinatura do Profissional ou Responsável

122 - Assinatura do Profissional ou Responsável

123 - Assinatura do Profissional ou Responsável

124 - Assinatura do Profissional ou Responsável

125 - Assinatura do Profissional ou Responsável

126 - Assinatura do Profissional ou Responsável

127 - Assinatura do Profissional ou Responsável

128 - Assinatura do Profissional ou Responsável

129 - Assinatura do Profissional ou Responsável

130 - Assinatura do Profissional ou Responsável

131 - Assinatura do Profissional ou Responsável

132 - Assinatura do Profissional ou Responsável

133 - Assinatura do Profissional ou Responsável

134 - Assinatura do Profissional ou Responsável

135 - Assinatura do Profissional ou Responsável

136 - Assinatura do Profissional ou Responsável

137 - Assinatura do Profissional ou Responsável

138 - Assinatura do Profissional ou Responsável

139 - Assinatura do Profissional ou Responsável

140 - Assinatura do Profissional ou Responsável

141 - Assinatura do Profissional ou Responsável

142 - Assinatura do Profissional ou Responsável

143 - Assinatura do Profissional ou Responsável

144 - Assinatura do Profissional ou Responsável

145 - Assinatura do Profissional ou Responsável

146 - Assinatura do Profissional ou Responsável

147 - Assinatura do Profissional ou Responsável

148 - Assinatura do Profissional ou Responsável

149 - Assinatura do Profissional ou Responsável

150 - Assinatura do Profissional ou Responsável

151 - Assinatura do Profissional ou Responsável

152 - Assinatura do Profissional ou Responsável

153 - Assinatura do Profissional ou Responsável

154 - Assinatura do Profissional ou Responsável

155 - Assinatura do Profissional ou Responsável

156 - Assinatura do Profissional ou Responsável

157 - Assinatura do Profissional ou Responsável

158 - Assinatura do Profissional ou Responsável

159 - Assinatura do Profissional ou Responsável

160 - Assinatura do Profissional ou Responsável

161 - Assinatura do Profissional ou Responsável

162 - Assinatura do Profissional ou Responsável

163 - Assinatura do Profissional ou Responsável

164 - Assinatura do Profissional ou Responsável

165 - Assinatura do Profissional ou Responsável

166 - Assinatura do Profissional ou Responsável

167 - Assinatura do Profissional ou Responsável

168 - Assinatura do Profissional ou Responsável

169 - Assinatura do Profissional ou Responsável

170 - Assinatura do Profissional ou Responsável

171 - Assinatura do Profissional ou Responsável

172 - Assinatura do Profissional ou Responsável

173 - Assinatura do Profissional ou Responsável

174 - Assinatura do Profissional ou Responsável

175 - Assinatura do Profissional ou Responsável

176 - Assinatura do Profissional ou Responsável

177 - Assinatura do Profissional ou Responsável

178 - Assinatura do Profissional ou Responsável

179 - Assinatura do Profissional ou Responsável

180 - Assinatura do Profissional ou Responsável

181 - Assinatura do Profissional ou Responsável

182 - Assinatura do Profissional ou Responsável

183 - Assinatura do Profissional ou Responsável

184 - Assinatura do Profissional ou Responsável

185 - Assinatura do Profissional ou Responsável

186 - Assinatura do Profissional ou Responsável

187 - Assinatura do Profissional ou Responsável

188 - Assinatura do Profissional ou Responsável

189 - Assinatura do Profissional ou Responsável

190 - Assinatura do Profissional ou Responsável

191 - Assinatura do Profissional ou Responsável

192 - Assinatura do Profissional ou Responsável

193 - Assinatura do Profissional ou Responsável

194 - Assinatura do Profissional ou Responsável

195 - Assinatura do Profissional ou Responsável

196 - Assinatura do Profissional ou Responsável

197 - Assinatura do Profissional ou Responsável

198 - Assinatura do Profissional ou Responsável

199 - Assinatura do Profissional ou Responsável

200 - Assinatura do Profissional ou Responsável

201 - Assinatura do Profissional ou Responsável

202 - Assinatura do Profissional ou Responsável

203 - Assinatura do Profissional ou Responsável

204 - Assinatura do Profissional ou Responsável

205 - Assinatura do Profissional ou Responsável

206 - Assinatura do Profissional ou Responsável

207 - Assinatura do Profissional ou Responsável

208 - Assinatura do Profissional ou Responsável

209 - Assinatura do Profissional ou Responsável

210 - Assinatura do Profissional ou Responsável

211 - Assinatura do Profissional ou Responsável

212 - Assinatura do Profissional ou Responsável

213 - Assinatura do Profissional ou Responsável

214 - Assinatura do Profissional ou Responsável

215 - Assinatura do Profissional ou Responsável

216 - Assinatura do Profissional ou Responsável

217 - Assinatura do Profissional ou Responsável

218 - Assinatura do Profissional ou Responsável

219 - Assinatura do Profissional ou Responsável

220 - Assinatura do Profissional ou Responsável

221 - Assinatura do Profissional ou Responsável

222 - Assinatura do Profissional ou Responsável

223 - Assinatura do Profissional ou Responsável

224 - Assinatura do Profissional ou Responsável

225 - Assinatura do Profissional ou Responsável

226 - Assinatura do Profissional ou Responsável

227 - Assinatura do Profissional ou Responsável

228 - Assinatura do Profissional ou Responsável

229 - Assinatura do Profissional ou Responsável

230 - Assinatura do Profissional ou Responsável

231 - Assinatura do Profissional ou Responsável

232 - Assinatura do Profissional ou Responsável

233 - Assinatura do Profissional ou Responsável

234 - Assinatura do Profissional ou Responsável

235 - Assinatura do Profissional ou Responsável

236 - Assinatura do Profissional ou Responsável

237 - Assinatura do Profissional ou Responsável

238 - Assinatura do Profissional ou Responsável

239 - Assinatura do Profissional ou Responsável

240 - Assinatura do Profissional ou Responsável

241 - Assinatura do Profissional ou Responsável

242 - Assinatura do Profissional ou Responsável

243 - Assinatura do Profissional ou Responsável

244 - Assinatura do Profissional ou Responsável

245 - Assinatura do Profissional ou Responsável

246 - Assinatura do Profissional ou Responsável

247 - Assinatura do Profissional ou Responsável

248 - Assinatura do Profissional ou Responsável

249 - Assinatura do Profissional ou Responsável

250 - Assinatura do Profissional ou Responsável

251 - Assinatura do Profissional ou Responsável

252 - Assinatura do Profissional ou Responsável

253 - Assinatura do Profissional ou Responsável

254 - Assinatura do Profissional ou Responsável

255 - Assinatura do Profissional ou Responsável

256 - Assinatura do Profissional ou Responsável

257 - Assinatura do Profissional ou Responsável

258 - Assinatura do Profissional ou Responsável

259 - Assinatura do Profissional ou Responsável

260 - Assinatura do Profissional ou Responsável

261 - Assinatura do Profissional ou Responsável

262 - Assinatura do Profissional ou Responsável



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11473

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

2334623

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

Dr. GUILHERME S. SARDIMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

21 - Caráter do Atendimento

24/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005565

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 - % Ref / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sen. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sítio

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Observação / Justificativa

50 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: SAMANTHA OLSTAN

Data/hora: 24/05/2023 14:21:01

Centralize

Atendimento: 1319563

Comêmo: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Serviço de Radiologia**Atendimento.....:** 1319563**Pedido.....:** 739957**Paciente.....:** YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**Data do Exame.:** 24/05/2023**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.

28 de Maio de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
24/05/2023 14:20:10

Atendimento: 1319563 Data do Atendimento: 24/05/2023
Prontuário: 987411 Nome: YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 27/09/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: MORRETES

Bairro: BRAGA

Número 145

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

CEP: 83020200

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334623

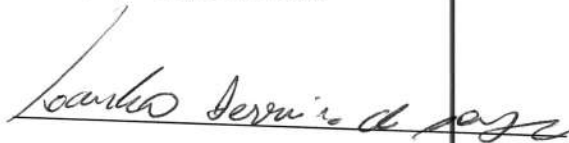
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: LEANDRO FERREIRA DE SOUZA

Parentesco: PAI

- 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

30222349 -

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1319563 **Prontuário:** 987411 **SAME:** 987411 **Hora Atend:** 14:14 **Data Atend:** 24/05/2023
Paciente..... : YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA **Idade:** 15 a
Endereço..... : MORRETES
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/05/2023 **Hora Saída** : 15:36

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ '1 DIA REFRE QUE TEVE TRAUMA NA MAO E
COM BOLA NA ESCOLA

EXAME FISICO

TEM DOR NO 2 QDE
EDEMA + EQUIMOSE NA REGIAO IFP DO 2 QDE

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 2 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 2 QDE

TRATAMENTO

TALA DE ALUMNIO
RETORNO
30722349

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1495222 DATA: 24/05/2023 14:28
USUÁRIO.....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1319563 DT NASC: 27/09/2007 (15A 7M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 987411 - YASMIN VICENTE FERREIRA DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2023 14:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1319563

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 2 QDE						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM	1					[24/05] . 14:28
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	10	CENTIMETRO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO				
-> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM	1	UNIDADE				
COM ESPUMA UND						

GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141