

Atendimento: 1355370 - ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA Lote: 1659291 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 13435 Validade.:19/09/2023
Senha.....: 13435 Autoriz.:19/09/2023
Carteira.: 2375511 Validade.: 30/12/2023 Titular...: ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA
: - ATE 904/905 ENGENHEIRO COSTA BARROS

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
19/09/2023	40803090 COTOVELO 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
19/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13435

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/09/2023

5 - Senha

13435

6 - Data de Validade da Senha

13435

8 - Número da Carteira
2375511

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

ALANA LARISSA DE ALMEIDA 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

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

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação

19/09/2023

23 - Indicação Clínica

DOR NO COTOVELO ESQ HOJE AO FAZER ESFORÇO PARA EXTENDER.

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
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 19/09/2023 11:48 11:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 19/09/2023 12:30 12:30 22 40803090 RX - COTOVELO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - ____/____/____ 3 - ____/____/____
2 - ____/____/____ 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\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Casos Medicinas (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alana Larissa de Almeida da Silva
Nº da Carteira: 2.37.5511
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 23/10/2009

Nº da Guia: 13435

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2023	09:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Cotovelo Esquerdo

Descrição

A aluna arremessou a bola e acabou torcendo o cotovelo.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelol spray no local, informado a responsável e encaminhado ambas 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 13435

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
19/09/2023

5 - Senha

13435

6 - Data de Validade da Senha

13435

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira
2375511

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Examinante

29 - Código na Operadora
76630518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 19/09/2023 11:48 11:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1,0 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Examinante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / /
2 - / / 4 - / /

5 - / / 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 13435

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
19/09/2023

5 - Senha
13435

6 - Data de Validade da Senha
13435

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13435

8 - Número da Carteira
2375511

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
19/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1.Solic. 28 - Q1.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
1 19/09/2023 11:48 11:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 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 - 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 - / / /
2 - / / 4 - / / / 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 OPMs (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

Atendimento....: 1355370

Pedido.....: 761457

Paciente.....: ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 19/09/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

26 de Setembro de 2023

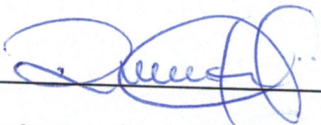
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
19/09/2023 11:49:39

Atendimento: 1355370 Data do Atendimento: 19/09/2023
Prontuário: 1003697 Nome: ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 23/10/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - ATE 904/905 ENGENHEIRO COSTA BARROS Numero 66 CEP: 82950420
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375511
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: RAFAELLA ANDRESSA AGUSTINHO DE ALM Parentesco: MAE

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que **NÃO** cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no registro/inclusão do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (SCPC), SERASA, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o IGP-M/FGV.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), nem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.


Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ALANA LARISSA DE A. DA SILVA 13 ANOS

Início da Triagem: 11:41:50.

Fim da Triagem: 11:43:09.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MSE COTOVELO HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 19/09/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1355370 **Prontuário:** 1003697 **SAME:** 1003697 **Hora Atend:** 11:48 **Data Atend:** 19/09/2023
Paciente..... : ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA **Idade:** 13 a
Endereço..... : - ATE 904/905 ENGENHEIRO COSTA BARROS
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82950420
CID Principal..... : M626 - DISTENSAO MUSCULAR **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/09/2023 **Hora Saída :** 13:41

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

HDA

DOR NO COTOVELO ESQ HOJE AO FAZER ESFORÇO PARA EXTENDER.

EXAME FÍSICO

DISCRETO EDEMA
DOR A PALP DA FACE ANT DO COTOVELO
DOR PARA FLEXO-EXT ATIVA E PASSIVA

DIAGNOSTICO

DISTENSÃO MUSCULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DISTENSÃO MUSCULAR

TRATAMENTO

RX- SEM FRAT
MAXSULID 400
ATESTADO 15D PARA ATIVIDADE FÍSICA.

Dra. Karla Müller Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1537398 DATA: 19/09/2023 12:30
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1355370 DT NASC: 23/10/2009 (13A 10M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1003697 - ALANA LARISSA DE ALMEIDA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2023 11:48 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA] CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1355370**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (ESQUERDO)	1					

Obs.: AP/P/CABEÇA DO RÁDIO



KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115