

Atendimento: 1528395 - ALICE CAVALHEIRO FARIAS Lote: 1928876 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALICE CAVALHEIRO FARIAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 25583 Validade.:04/04/2025
Senha.....: 25583 Autoriz.:04/04/2025
Carteira.: 25583 Validade.: 11/11/2025 Titular...: ALICE CAVALHEIRO FARIAS
: RUA COMENDADOR DOUTOR JOAO MANOEL DA CUNHA

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						116,67

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/03/2025	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **25583**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 04/04/2025		5 - Senha 25583		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25583																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 25583		9 - Validade da Carteira 11/11/2025		10 - Nome ALICE CAVALHEIRO FARIAS		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 ANDRE ALMEIDA DA SILVA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 21515		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 04/04/2025		23 - Indicação Clínica TRAUMA INDIRETO NO OMBRO DIREITO AO REALIZAR ESFORÇO EM RECEPCIONAR BOLA DURANTE HANDEBOL. DOF																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.																	
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										31 - Código CNES 3005585											
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36-Data		37-Hr.Inicial		38-Hr.Final		39-Tabela		40-Procedimento		41-Descrição		42-Qtde.		43-Via		44-Téc.		45-Fator R/Acr		46-Valor Unitário		47-Valor Total	
1 25/03/2025		11:32		11:32		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 25/03/2025		11:56		11:56		22		40803074		RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)		001						1.0		36.67		36.67	
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\$) 116.67		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\$) 116.67											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Cavaleiro Farias
Nº da Carteirinha: 2.37.5645
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 05/06/2012

Nº da Guia: 25583

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2025	10:32:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Direito

Descrição

A aluna ao segurar uma bola arremessada pela colega na aula de Ed. Física, sentiu o ombro direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(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 e informado os responsáveis por mensagem. Ambos foram encaminhados para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

X

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 **5630748**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 25583		9 - Validade da Carteira 11/11/2025		10 - Nome ALICE CAVALHEIRO FARIAS		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 25/03/2025		23 - Indicação Clínica									
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados													
36-Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total													
1 25/03/2025 11:32 11:32 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00													
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48-Sq.Ref. 49-Gr.Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO													
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /													
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /													
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 80.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Jonas D.C. Farias</i>				68 - Assinatura do Contratado					

Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia



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

2 - Nº Guia no Prestador **5630748**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 25583		9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome ALICE CAVALHEIRO FARIAS
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Identificação RN	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000
18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 25/03/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 25/03/2025	37 - Hr. Inicial 11:32	38 - Hr. Final 11:32	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101012	41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0
44 - Têc. 1.0	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 80.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		<i>Jonas D.C. Farias</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

Andre Almeida da Silva
CRM 21555
Ortopedia e Traumatologia

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA
25/03/2025 11:37:09

Atendimento: 1528395 Data do Atendimento: 25/03/2025
Prontuário: 1037786 Nome: ALICE CAVALHEIRO FARIAS
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 05/06/2012
RG: CPF: 12260695922 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996661717

Rua: RUA COMENDADOR DOUTOR JOAO MANOEL DA CUNH. Numero 37

CEP: 82960280

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 25583

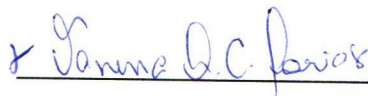
Médico: PLANTONISTA

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 : ALICE CAVALHEIRO, 12 ANOS

Início da Triagem: 11:30:10.

Fim da Triagem: 11:32:18.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUE ESTAVA JOGANDO HANDBALL E AO SEGURAR BOLA OUVIU UM ESTALO EM OMBRO DIREITO. REFERE DOR NO LOCAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:67bpm FR:rpm Tax:36,6°C SatO2:97% ECG:
Dor:

Data: 25/03/2025.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1730989 DATA: 25/03/2025 11:56
USUÁRIO.....: ANDRE.SILVA
ATENDIMENTO: 1528395 DT NASC: 05/06/2012 (12A 9M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1037786 - ALICE CAVALHEIRO FARIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 11:32 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1528395*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (DIREITO) 40803074	1						
Obs.: AP PERFIL E AXILAR							


ANDRE ALMEIDA DA SILVA
CRM: 21515

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1528395 **Prontuário:** 1037786 **SAME:** 1037786 **Hora Atend:** 11:32 **Data Atend:** 25/03/2025
Paciente..... : ALICE CAVALHEIRO FARIAS **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA COMENDADOR DOUTOR JOAO MANOEL DA CUNHA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82960280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/03/2025 **Hora Saída :** 12:25

Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

HDA

TRAUMA INDIRETO NO OMBRO DIREITO AO REALIZAR ESFORÇO EM RECEPCIONAR BOLA DURANTE HANDEBOL. DOR DE PIORA PROGRESSIVA COM MELHORA.

EXAME FISICO

TESTES DO MR NORMAIS
DOR A MANOBRA DE SPEED TESTE; ADM PRESERVAD E SEM DEFORMIDADES DO OMBRO DIREITO E SEM ESTALIDOS E OU RESALTO ARTICULAR AOS MOVIMENTOS;
NV PRESERVADO;

DIAGNOSTICO

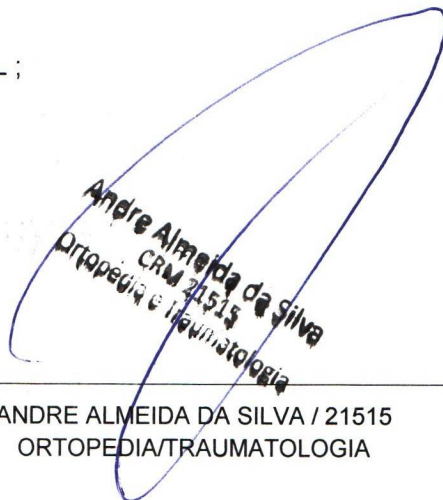
RESALTO DO TENDAO DO BICEPS BRAQUIAL DIREITO;
RX SEM ALT OSSEAS

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RESALTO DO TENDAO DO BICEPS BRAQUIAL DIREITO;
RX SEM ALT OSSEAS

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES; ANALG E GELO LOCAL ;



Andre Almeida da Silva
CRM 21515
Ortopedia e Traumatologia

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1528395

Pedido.....: 866824

Paciente.....: ALICE CAVALHEIRO FARIAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA

Data do Exame.: 25/03/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO OMBRO DIREITO

Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior, perfil de Neer e axilar.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

06 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618