

Atendimento: 1496666 - ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA Lote: 1880116 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115  
Guia.....: 23844 Validade.:06/12/2024  
Senha.....: 23844 Autoriz.:06/12/2024  
Carteira.: 23844 Validade.: 11/11/2025 Titular....: ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA  
: RUA ERNESTO MONTANARIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| MATERIAIS             | 8,33      | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 8,33   |
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 35,58     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 35,58  |
| HONORARIOS MEDICOS    | 80,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 123,91 |

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento                       | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 06/12/2024 | 08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M   | CM          | 50   | 0,0179      | 0,90     |
| 06/12/2024 | 08007089 ATADURA CREPE 15CM X 1,8M | RL          | 1    | 7,4300      | 7,43     |
| Total :    |                                    |             |      |             | 8,33     |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                         | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 06/12/2024 | 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| Total :    |                                                                              |             |      |             | 35,58    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                    | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 06/12/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |                                                                         |                |         |      |             | 80,00    |

Total Geral: 123,91



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

2 - Nº Guia no Prestador **23844**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                                                                                                | 3 - Número da Guia Principal                                            |                                                                               |
| 4 - Data de Autorização<br><b>06/12/2024</b>                                                                                                     | 5 - Senha<br><b>23844</b>                                               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>23844</b>                   |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                            |                                                                         |                                                                               |
| 8 - Número da Carteira<br><b>23844</b>                                                                                                           | 9 - Validade da Carteira<br><b>11/11/2025</b>                           | 10 - Nome<br><b>ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA</b>                             |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                             |
| Dados do Solicitante                                                                                                                             |                                                                         |                                                                               |
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |                                                                               |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>KARLA MULLER CARVALHO</b>                                                                            | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>                                 | 17 - Número no Conselho<br><b>14115</b>                                       |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 18 - UF<br><b>41</b>                                                          |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>                                              |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                      |                                                                         |                                                                               |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                        |                                                                         |                                                                               |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                                                          | 22 - Data da Solicitação<br><b>06/12/2024</b>                           | 23 - Indicação Clínica<br><b>TORCEU O PE DIR AO CAIR EM JOGO DE HANDEBOL.</b> |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição<br>27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                        |                                                                         |                                                                               |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                   |                                                                         |                                                                               |
| 29 - Código na Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b>                      |                                                                               |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b>                                            |
| Dados do Atendimento                                                                                                                             |                                                                         |                                                                               |
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b>                                                                                                               | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> | 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 06/12/2024 13:40 13:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                              |                                                                         |                                                                               |
| 2 06/12/2024 13:53 13:53 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 35.58 35.58                                                                  |                                                                         |                                                                               |
| 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\$)<br><b>115.58</b>                                                                                               | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>0.00</b>                     | 61 - Total de Materiais (R\$)<br><b>8.33</b>                                  |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b>                                                                                                          | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b>                         | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br><b>0.00</b>                           |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>123.91</b>                                       |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                  |                                                                         | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                |
|                                                                                                                                                  |                                                                         | 68 - Assinatura do Contratado                                                 |
|                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                                               |



**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1496666**Pedido.....:** 847033**Paciente.....:** ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** KARLA MULLER CARVALHO**Data do Exame.:** 06/12/2024

---

**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.

16 de Dezembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY FERREIRA  
06/12/2024 13:42:47

Atendimento: 1496666 Data do Atendimento: 06/12/2024  
Prontuário: 1031060 Nome: ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA  
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 12/02/2007  
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 96727197  
Rua: RUA ERNESTO MONTANARIN Numero 295 CEP: 83085330  
Bairro: QUISSISSANA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 23844  
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.

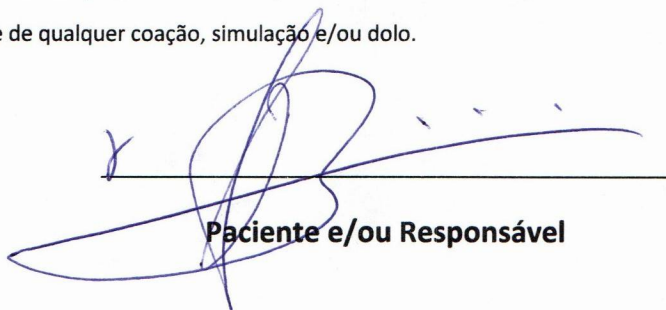
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Allan da Silva Farias Barbosa  
Nº da Carteira: 2.33.8329  
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM  
Data de Nascimento: 12/05/2007      Nº da Guia: 23844



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                             |
|--------------------|----------|--------|---------------------------------------|
| 06/12/2024         | 12:21:00 | Quadra | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Pé Direito      |

Descrição

O aluno estava jogando em quadra, foi pular e quando pisou ao solo acabou torcendo o pé.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Ivan                     | (41) 3051-8700 |
| Camila                   | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros   | Data       |
|-----------------------------------|------------|
| Kleiton de Souza Andrade Farinhas | 06/12/2024 |

| 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<br>(41) 3218-2181 |

Observações

O aluno foi entendido pelo Coordenador Disciplinar na unidade escolar e foi encaminhado para o hospital de referência. Foi comunicado a família via ligação e mensagem.

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)





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

2 - Nº Guia no Prestador 23844

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                    |                                                                  |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                         | 3 - Número da Guia Principal                                     |                                             |
| 4 - Data de Autorização<br>06/12/2024                                                                                                              | 5 - Senha<br>23844                                               | 6 - Data de Validade da Senha               |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>23844                                                                                               |                                                                  |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                              |                                                                  |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>23844                                                                                                                    | 9 - Validade da Carteira<br>11/11/2025                           | 10 - Nome<br>ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA  |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                                            |                                                                  | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                               |                                                                  |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                         | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                               | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 | 17 - Número no Conselho<br>0000             |
| 18 - UF<br>41                                                                                                                                      | 19 - Código CBO                                                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                          |                                                                  |                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                   | 22 - Data da Solicitação<br>06/12/2024                           | 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<br>76530518000107                                                                                                         | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |                                             |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                        |                                                                  |                                             |
| Dados do Atendimento                                                                                                                               |                                                                  |                                             |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                        | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 06/12/2024 13:40 13:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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                                                                                                     |                                                                  |                                             |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                      |                                                                  |                                             |



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

2 - Nº Guia no Prestador **23844**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3 - Número da Guia Principal                                            |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 4 - Data de Autorização<br><b>06/12/2024</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5 - Senha<br><b>23844</b>                                               | 6 - Data de Validade da Senha                      | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>23844</b> |                                         |                                                                       |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 8 - Número da Carteira<br><b>23844</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           | 9 - Validade da Carteira<br><b>11/11/2025</b>                           | 10 - Nome<br><b>ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA</b>  |                                                             | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br><b>Ortopedia</b><br><b>CRM 14.115</b>        |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 13 - Código da Operadora<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |                                                             |                                         |                                                                       |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>PLANTONISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                         | 16 - Conselho Profissional<br><b>06</b>            | 17 - Número no Conselho<br><b>0000</b>                      | 18 - UF<br><b>41</b>                    | 19 - Código CBO<br><b>20 - Assinatura do Profissional Solicitante</b> |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | 22 - Data da Solicitação<br><b>06/12/2024</b>      |                                                             | 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<br><b>76530518000107</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL XV LTDA</b> |                                                             |                                         | 31 - Código CNES<br><b>3005585</b>                                    |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |                                                    | 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 06/12/2024 13:40 13:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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\$) <b>80.00</b> 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) <b>0.00</b> 61 - Total de Materiais (R\$) <b>0.00</b> 62 - Total de OPME (R\$) <b>0.00</b> 63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>0.00</b> 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>0.00</b> 65 - Total Geral (R\$) <b>80.00</b> |                                                                         |                                                    |                                                             |                                         |                                                                       |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável     |                                                             | 68 - Assinatura do Contratado           |                                                                       |



PRESCRIÇÃO.: 1696136 DATA: 06/12/2024 13:52  
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO  
ATENDIMENTO: 1496666 DT NASC: 12/02/2007 (17A 9M 25D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1031060 - ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/12/2024 13:40 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S922 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

\*1496666\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| EXAMES DE IMAGEM |                                       | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|------------------|---------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1                | PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097 | 1   |         |    |     |            |               |

| PROCEDIMENTOS MEDICOS |                                          | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|-----------------------|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|-----------------|
| 2                     | C.C. ENFAIXAMENTO SIMPLES TORNOZELO      | 1   |         |    |     |            | [06/12] . 13:52 |
|                       | -> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 13 FIOS UND | 1   | UNIDADE | ✓  |     |            |                 |
|                       | -> MICROPORE 25MM X 10M CM               | 1   | ROLO    | ✓  |     |            |                 |

Wesley  
19/16/992

Ⓢ

KARLA MULLER CARVALHO  
CRM: 14115

Período de 06/12/2024 a 06/12/2024

Atendimento: 1496666 ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA Nascimento: 12/02/2007  
Mãe: KELLY APARECIDA DA SILVA FARIAS  
Internação: 06/12/2024 CID: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Leito: Unidade:  
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00714137 Data: 06/12/2024 Hora: 15:27

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:  
01 ATADURA DE CREPE 15 CM  
50 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA  
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM  
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

|                                                        |                                           |                     |               |                    |                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------|-----------------------|
| Atendimento.....                                       | : 1496666                                 | Prontuário: 1031060 | SAME: 1031060 | Hora Atend: 13:40  | Data Atend:06/12/2024 |
| Paciente.....                                          | : ALLAN DA SILVA FARIAS BARBOSA           |                     |               | Idade: 17 a        |                       |
| Endereço.....                                          | : RUA ERNESTO MONTANARIN                  |                     |               |                    |                       |
| Bairro.....                                            | : QUISSISSANA                             |                     |               |                    |                       |
| Cidade.....                                            | : SAO JOSE DOS PINHAIS                    |                     |               | UF...: PR          | CEP: 83085330         |
| Convênio.....                                          | : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA          |                     |               | Plano...: UNICO    |                       |
| CID Principal.....                                     | : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO |                     |               |                    |                       |
| CID's Secundários. :                                   |                                           |                     |               |                    |                       |
| Resultado.....                                         | : RETORNO AMBULATORIO                     |                     |               |                    |                       |
| Data Saída.....                                        | : 06/12/2024                              |                     |               | Hora Saída : 14:58 |                       |
| Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO |                                           |                     |               |                    |                       |

**HDA**  
TORCEU O PÉ DIR AO CAIR EM JOGO DE HANDEBOL.

**EXAME FISICO**  
AUMENTO DE VOL  
DOR A PALP DO LIG TF ANT  
RX- SP

**DIAGNOSTICO**  
ENTORSE DE TORNOAELO

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**  
ENTORSE DE TORNOAELO

**TRATAMENTO**  
ENFAIXAMENTO  
INDICO ROBOFOOT 2-3 SEMANAS. MANTER ACOMPANHAMENTO NO AMB DE ORTO GERAL

Dra. Karla Muller Carvalho  
Ortopedista XV  
CRM: 14115  
KARLA MULLER CARVALHO / 14115  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA