

Atendimento: 1517484 - ANA JULIA AMANCIO DA LUZ Lote: 1912239 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 24365 Validade.:18/02/2025
Senha.....: 24365 Autoriz.:18/02/2025
Carteira.: 2781878 Validade.: 18/02/2025 Titular.: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ
: RUA ARAPONGAS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	106,74	0,00	0,00	0,00	0,00	106,74
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						186,74

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/02/2025	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
18/02/2025	40803104 ANTEBRAÇO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
18/02/2025	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					106,74

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/02/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 186,74



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

2 - Nº Guia no Prestador **24365**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/02/2025		5 - Senha 24365	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24365	
8 - Número da Carteira 2781878		9 - Validade da Carteira 18/02/2025	
10 - Nome ANA JULIA AMANCIO DA LUZ		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 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 47240		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 18/02/2025	
23 - Indicação Clínica ACOMPANHANTE: TALITA (MAE) // ALERGIA: DESCONHECE // MUC: NEGA QUEDA DA ESCADA, CONTUSAO ANTEBRAC			
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 18/02/2025 17:54		22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 18/02/2025 18:06		22 40803090 RX - COTOVELO	
3 18/02/2025 18:06		22 40803104 RX - ANTEBRACO	
4 18/02/2025 18:06		22 40803112 RX - PUNHO	
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\$) 186.74		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\$) 186.74			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
18/02/2025 17:58:24

Atendimento: 1517484 Data do Atendimento: 18/02/2025
Prontuário: 1035448 Nome: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 09/10/2016
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997417839
Rua: RUA ARAPONGAS Numero 1234 CEP: 83325320
Bairro: ALTO TARUMA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781878
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: TALITA LISMEIRE AMANCIO DA LUZ 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 : ANA JULIA AMANCIO DA LUZ- 08 ANOS

Início da Triagem: 17:48:13.

Fim da Triagem: 17:51:17.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, APÓS CAIR DA ESCADA, HORAS ATRÁS.

** PESO: 28 KG

** ESTÁ ACOMPANHADA DA MÃE.

Comorbidades: .

MUC: MÃE NEGA

ALERGIAS:MÃE NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 79bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 96%% ECG:
Dor:

Data: 18/02/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Julia Amancio da Luz
Nº da Carteirinha: 2.78.1878
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 09/10/2015

Nº da Guia: 24365

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2025	16:00:00	Escada	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava descendo as escadas para o intervalo quando se chocou com outros alunos que desciam correndo e acabou caindo na escada, sentiu dor no antebraço esquerdo e mão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Adriana	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Suriam	18/02/2025

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 disciplinar e aplicado gelo no local afetado, foi comunicado ao responsável da aluna.

Ass.:

Durion Veloso

PI Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Ingo Iwankiw
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 **24365**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/02/2025		5 - Senha 24365	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24365	
8 - Número da Carteira 2781878		9 - Validade da Carteira 18/02/2025	
10 - Nome ANA JULIA AMANCIO DA LUZ		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 18/02/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 18/02/2025		37 - Hr.Inicial 17:54	
38 - Hr.Final 17:54		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 80.00		45 - Fator R/Acr 80.00	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
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 - / /		7 - / /	
6 - / /		9 - / /	
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	
		x <i>Ana Julia Amancio da Luz</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

100-10111-10
100-10111-10
100-10111-10



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

2 - Nº Guia no Prestador **24365**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/02/2025		5 - Senha 24365	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24365	
8 - Número da Carteira 2781878		9 - Validade da Carteira 18/02/2025	
10 - Nome ANA JULIA AMANCIO DA LUZ		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 18/02/2025			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 18/02/2025 17:54 17:54 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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 X Salto L. I. do boy	
68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 1718916 DATA: 18/02/2025 18:06
USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1517484 DT NASC: 09/10/2016 (8A 4M 11D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1035448 - ANA JULIA AMANCIO DA LUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/02/2025 17:54 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI 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:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1517484

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ANTEBRACO (ESQUERDO)40803104	1					
2 COTOVELO (ESQUERDO)40803090	1					
3 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM: 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1517484 **Prontuário:** 1035448 **SAME:** 1035448 **Hora Atend:** 17:54 **Data Atend:** 18/02/2025
Paciente..... : ANA JULIA AMANCIO DA LUZ **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA ARAPONGAS
Bairro..... : ALTO TARUMA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83325320
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/02/2025 **Hora Saída :** 18:53
Prestador da Evolução Médica: 1694 **VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI**

HDA

ACOMPANHANTE: TALITA (MAE) // ALERGIA: DESCONHECE // MUC: NEGA
QUEDA DA ESCADA, CONTUSAO ANTEBRAÇO ESQ.

EXAME FISICO

BEG
DOR NA PALPAÇÃO TERÇO PROXIMAL ANTEBRAÇO
RX SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO ABTEBRAÇO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO ABTEBRAÇO

TRATAMENTO

RX +
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE
MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA
AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: NÃO DESEJA.

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1517484

Pedido.....: 859977

Paciente.....: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 18/02/2025

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

04 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1517484

Pedido.....: 859977

Paciente.....: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 18/02/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO**PUNHO ESQUERDO****Técnica:**

Exame realizado nas incidências: posteroanterior e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

04 de Março de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1517484

Pedido.....: 859977

Paciente.....: ANA JULIA AMANCIO DA LUZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 18/02/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO COTOVELO ESQUERDO**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

02 de Marco de 2025

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642