

Atendimento: 1351203 - ANA LUIZA GIRARDELLO Lote: 1652871 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA GIRARDELLO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
Guia.....: 13222 Validade.:05/09/2023
Senha.....: 13222 Autoriz.:05/09/2023
Carteira.: 2376984 Validade.: 31/12/2023 Titular....: ANA LUIZA GIRARDELLO
: EDUARDO AGUIRRE CALABRESI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	94,08	0,00	0,00	0,00	0,00	94,08
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						159,08

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2023	40804046 COXA	EXAME	1	31,7200	31,72
05/09/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804062 PATELA	EXAME	1	31,7200	31,72
05/09/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804070 PERNA	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930		Total :		94,08

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	CLINICO		Total :		65,00

Total Geral: 159,08



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

2 - Nº Guia no Prestador 13222

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Sentença

13222

6 - Data de Validade da Sentença

13222

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2376984

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
ANA LUIZA GIRARDELLO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45739

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALEX WILLIAM CHOCIAL DA ROCHA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
306 2

22 - Data da Solicitação
M 05/09/2023

23 - Indicação Clínica

QMN DURANTE EDUCACAO FISICA. TEM DOR LEVE EM COXA E PERNA DIREITA. DOR INTENSA + AUMENTO DE VOLUME

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

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
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 05/09/2023 13:03 13:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 05/09/2023 13:09 13:09 22 40804046 RX - COXA
3 05/09/2023 13:09 13:09 22 40804062 RX - PATELA
4 05/09/2023 13:09 13:09 22 40804070 RX - PERNA

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00
001 1.0 31.72
001 1.0 31.72
001 1.0 30.64

Identificação do(a) Profissional(ais) 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\$)
159.08

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
159.08

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Girardello
Nº da Carteira: 2.37.6984
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 09/02/2010

Nº da Guia: 13222

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2023	10:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Na aula de educação física a aluna pisou na bola e desequilibrou e torceu o joelho.

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, colocado gelo e gelol no local, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambas para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 13222

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Série

13222

6 - Data de Validade da Saúde

13222

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário
2376984

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
ANA LUIZA GIRARDELLO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (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 05/09/2023 13:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Ana C. May

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 13222

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
05/09/2023

5 - Senha
13222

6 - Data de Validade da Senha
13222

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13222

8 - Número da Carteira
2376984

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
ANA LUIZA GIRARDELLO

Dados do Beneficiário
11 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

12 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Conselho Profissional
06

15 - Número no Conselho
0000

16 - UF
41

17 - Código CBO
41

18 - Assinatura do Profissional Solicitante
Alex W. Chociai da Rocha

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 05/09/2023 13:03 13:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de 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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1351203

Pedido.....: 758863

Paciente.....: ANA LUIZA GIRARDELLO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GREGORIO FADEL DE MELLO

Data do Exame.: 05/09/2023

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade habituais dos elementos ósseos visibilizados.

09 de Setembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1351203

Pedido.....: 758863

Paciente.....: ANA LUIZA GIRARDELLO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GREGORIO FADEL DE MELLO

Data do Exame.: 05/09/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade habituais dos elementos ósseos visibilizados.

Relações articulares mantidas.

09 de Setembro de 2023

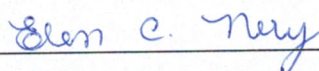
Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
05/09/2023 13:04:41

Atendimento: 1351203 Data do Atendimento: 05/09/2023
Prontuário: 1002983 Nome: ANA LUIZA GIRARDELLO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 09/02/2010
RG: CPF: 09791281963 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: EDUARDO AGUIRRE CALABRESI Numero 119 CEP: 80050390
Bairro: CRISTO REI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376984
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELEN CRISTINA NERY Parentesco: MAE

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



Paciente e/ou Responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1351203 **Prontuário:** 1002983 **SAME:** 1002983 **Hora Atend:** 13:03 **Data Atend:** 05/09/2023
Paciente..... : ANA LUIZA GIRARDELLO
Idade: 13 a
Endereço..... : EDUARDO AGUIRRE CALABRESI
Bairro..... : CRISTO REI
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80050390
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S801 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/09/2023 **Hora Saída :** 23:53
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

QMN DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA. TEM DOR LEVE EM COXA E PERNA DIREITA. DOR INTENSA + AUMENTO DE VOLUME EM JOELHO

EXAME FISICO

MARCHA ANTÁLGICA
AUMENTO DE VOLUME ANTERIOR + DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DO JOELHO DIREITO
NV PRESERVADO
RX: TRAÇO FRATURÁRIO EM TÍBIA PROXIMAL

DIAGNOSTICO

FRATURA DE JOELHO DIREITO?
ATENDIDO POR COLEGA, ENCERRO ATENDIMENTO A PEDIDO DA ADMINISTRAÇÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DE JOELHO DIREITO?

TRATAMENTO

DISCUTIDO COM PRECEPTORIA:
ORIENTO GELO + REPOUSO+ BRACE IMOBILIZADOR E RETORNO AMBULATORIAL COM AMBULATORIAL DO JOELHO OU PEDIÁTRICA EM 1-2 SEMANAS
CARGA PROPRIOCEPTIVA DO MID
SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO



GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1532522 DATA: 05/09/2023 13:09
USUÁRIO.....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1351203 DT NASC: 09/02/2010 (13A 6M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.....: 1002983 - ANA LUIZA GIRARDELLO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2023 13:03 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S801 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1351203

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					
2	PERNA (DIREITA)	1					
3	COXA (DIREITA)	1					

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222