

Atendimento: 1438833 - ANDRE GUIMARAES BARBOSA Lote: 1790209 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANDRE GUIMARAES BARBOSA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 18333 Validade.:19/06/2024
Senha.....: 18333 Autoriz.:19/06/2024
Carteira.: 2337479 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ANDRE GUIMARAES BARBOSA
: RUA CHARLES DARWIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	34,81	0,00	0,00	0,00	0,00	34,81
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						114,81

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/06/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	34,8080	34,81
Total :					34,81

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO				
					Total :	80,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **18333**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 19/06/2024		5 - Senha 18333	
		6 - Data de Validade da Senha	
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18333	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2337479		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANDRE GUIMARAES BARBOSA		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 HALAN GIRARDI PRESA		16 - Conselho Profissional 06	
		17 - Número no Conselho 19208	
		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 19/06/2024	
		23 - Indicação Clínica JOGANDO FUTEBOL ONTEM TORCEU O JOELHO ESQ ESTA COM DOR E DIFICULDADE APRA DEAMBULAR	
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 06/06/2024 10:00 10:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 06/06/2024 10:21 10:21 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 34.81 34.81			
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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
114.81 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 114.81			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: André Guimarães Barbosa

Nº da Carteirinha: 2.33.7479

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 03/09/2007

Nº da Guia: 18333



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/06/2024	09:31:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo, Panturrilha Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando futebol, ele e outro colega chutaram juntos a bola e o mesmo acabou caindo e batendo o joelho no chão, ele está sentindo dores na panturrilha esquerda.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliane	05/06/2024

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 (41) 3218-2181

Observações
O aluno veio até a sala de apoio, porém recusou compressa de gelo no local.

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 (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 5159269

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 2337479		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome ANDRE GUIMARAES BARBOSA		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 06/06/2024		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 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 06/06/2024		10:00		10:00		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001				1.0		65.00		65.00			
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 - / /		11 - / /		13 - / /		15 - / /									
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /		12 - / /		14 - / /		16 - / /									
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 65.00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

Dr. Hailan G. Presa
CPF 02.10.10.10

x [Assinatura]



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

2 - Nº Guia no Prestador **5159269**

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 2337479		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome ANDRE GUIMARAES BARBOSA		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 06/06/2024		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 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 06/06/2024		10:00		10:00		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		65.00		65.00	
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 Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa																			
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /															
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		10 - / /															
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 65.00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

Atendimento.....: 1438833

Pedido.....: 811332

Paciente.....: ANDRE GUIMARAES BARBOSA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 06/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

Sinais de derrame articular.

10 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE.BARBOZA
06/06/2024 10:06:36

Atendimento: 1438833 Data do Atendimento: 06/06/2024
Prontuário: 1019443 Nome: ANDRE GUIMARAES BARBOSA
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 03/09/2007
RG: CPF: 01836332610 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998251238
Rua: RUA CHARLES DARWIN Numero 265 CEP: 83030140
Bairro: ARISTOCRATA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2337479
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EVALDO GUIMARAES BARBOSA Parentesco: PAI

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.

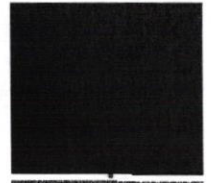


Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : ANDRE GUIMARAES BARBOSA, 16 ANOS

Início da Triagem: 09:55:57.

Fim da Triagem: 09:58:21.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA QUEDA DO MESMO NIVEL, RELATA ALGIA NO JOELHO E PANTURRILHA DO LADO ESQUERDO. IS: 1 DIA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 160/85 mmHg FC: 72bpm FR: rpm Tax: 36°C SatO2: 100%
ECG: Dor:

Data: 06/06/24.

LARISSA ROCHA

PRESCRIÇÃO.: 1632775 DATA: 06/06/2024 10:21
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1438833 DT NASC: 03/09/2007 (16A 9M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1019443 - ANDRE GUIMARAES BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/06/2024 10:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

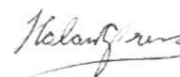
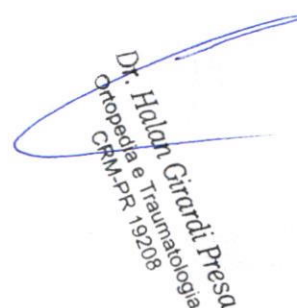
MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1438833

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO)	1					

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1438833	Prontuário: 1019443	SAME: 1019443	Hora Atend: 10:00	Data Atend: 06/06/2024
Paciente.....	ANDRE GUIMARAES BARBOSA				
Endereço.....	RUA CHARLES DARWIN				
Bairro.....	ARISTOCRATA				
Cidade.....	SAO JOSE DOS PINHAIS				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO				
CID's Secundários.:					
Resultado.....	ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	06/06/2024				
Prestador da Evolução Médica: 34	HALAN GIRARDI PRESA				

HDA

JOGANDO FUTEBOL
ONTEM TORCEU O JOELHO ESQ
ESTA COM DOR E DIFICULDADE APRA DEAMBULAR

EXAME FISICO

DERRAME ARTICULAR
LACKMAN MOLE
GA - GP -
MCMURRAY -
APLEY -
STRESS VARO - VALGO -

DIAGNOSTICO

LESÃO DE LCA JOELHO A ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO DE LCA JOELHO A ESQ

TRATAMENTO

RM
JOELHEIRA
AINES

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208