

Atendimento: 1369595 - ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA Lote: 1681771 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.: Plano..... UNICO

Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610

Guia.....: 14355 Validade.:01/11/2023

Senha.....: 14355 Autoriz.:01/11/2023

Carteira.: 368608 Validade.: 31/12/2023 Titular....: ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA

: FERNANDO DE NORONHA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	79,66	0,00	0,00	0,00	0,00	79,66
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						144,66

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
01/11/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	39,8320	39,83
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					79,66

HONORARIOS MEDICOS

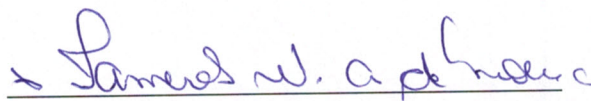
270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
Total :						65,00

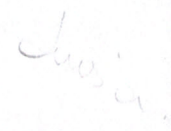
Total Geral: 144,66

Atendimento: 1369595 Data do Atendimento: 01/11/2023
Prontuário: 1006084 Nome: ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 22/12/2010
RG: 664786273 CPF: 57095560846 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: FERNANDO DE NORONHA Numero 1657 CEP: 82560400
Bairro: BOA VISTA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368608
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: TAMIRES WIVILINS ALQUEJA DE MOURA 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 : ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA, 12 ANOS

Início da Triagem: 18:00:44.

Fim da Triagem: 18:02:42.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA JOGANDO BASQUETE NA ESCOLA E FEZ TORÇÃO NO TORNOZELO ESQUERDO. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 78bpm FR: rpm Tax: 36.6°C SatO2: 94% ECG:
Dor:

Data: 31/10/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Anne Sophie Alqueja de Moura
Nº da Carteira: 3.6.8608
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 22/12/2010

Nº da Guia: 14355

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	16:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Esquerda, Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna caiu na ginásio, estava jogando basquete foi realizar uma jogada quando se desequilibrou torcendo o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	01/11/2023

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

Prestado os primeiros atendimentos a aluna na enfermaria escolar. Realizado procedimento de imobilização com atadura e gelo.

Ass.:

Larissa Lima Silva

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



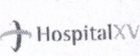
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 14355

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14355
4 - Data de Autorização 01/11/2023	5 - Senha 14355	10 - Nome ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 368608	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	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 0000
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/11/2023		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
Dados do Contrato 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 (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 01/11/2023 18:06 18:06	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00	
Identificação do(a) 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / /			
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 OPIVE (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicionais (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			

1681771



PRESCRIÇÃO.: 1553388 DATA: 01/11/2023 19:07
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1369595 DT NASC: 22/12/2010 (12A 10M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006084 - ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2023 18:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1369595

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
2	PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + OBLIQ							

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1369595 **Prontuário:** 1006084 **SAME:** 1006084 **Hora Atend:** 18:06 **Data Atend:** 01/11/2023
Paciente..... : ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA **Idade:** 12 a
Endereço..... : FERNANDO DE NORONHA
Bairro..... : BOA VISTA **UF...:** PR **CEP:** 82560400
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 00:21
Data Saída..... : 02/11/2023
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO HOJE NA ESQUERDO NA ESCOLA
SEM DEAMBULAR
NEGA USO DE MEDICAÇÃO
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

TORNOZELO ESQUERDO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA, SEM EQUIMOSE
ADM DISCRETAMENTE RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL, PRINCIPALMENTE REGIÃO DE TALOFIBULAR
ANTERIOR
DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MIE
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

TRATAMENTO

ROBOFOOT
CRIOTERAPIA
RPEOUSO
ANALGESIA
RETORNO S/N


Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

2 - Nº Guia no Prestador 14355

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14355
4 - Data de Autorização 01/11/2023	5 - Senha 14355		

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 368608	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA	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 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA							

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/11/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
---	----------------------------------	--	------------------------	-----------------	-------------------

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

Dados do Contratado / Executante	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
----------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (ocidente 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 01/11/2023 18:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00
---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) 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	58 - Observação / Justificativa
--	---------------------------------

59 - Total da Procedimento (R\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMF (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.....: 1369595

769689

Paciente.....: ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

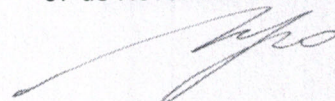
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

07 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1369595
769689

Paciente.....: ANNE SOPHIE ALQUEJA DE MOURA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

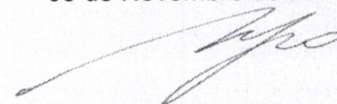
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

08 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149