

Atendimento: 1420116 - BEATRIZ DE ABREU SANTOS Lote: 1761244 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BEATRIZ DE ABREU SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 16761 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 11060394405 Validade.: 11/04/2024 Titular....: BEATRIZ DE ABREU SANTOS
: RUA DA TRINDADE DE 1 A 1245

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador **16761**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/04/2024	5 - Senha 16761	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 16761								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 11060394405	9 - Validade da Carteira 11/04/2024	10 - Nome BEATRIZ DE ABREU SANTOS	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 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 21523	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 11/04/2024	23 - Indicação Clínica RELATA ENTORSE EM TNZ ESQ DURANTE PARTIDA DE BASQUETE. ALERGIA: DIPIRONA ACOMPANHADA DA MAE EM C									
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 11/04/2024	22:36	22:36	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 12/04/2024	00:10	00:10	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	39.83	39.83
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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 104.83	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\$) 104.83					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz de Abreu Santos
Nº da Carteirinha: 2.37.7694
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 21/10/2010

Nº da Guia: 16761

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2024	15:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Tornozelo Esquerdo

Descrição
A aluna estava em Educação Física quando saltou, e ao pousar, torceu o pé. O acidente ainda envolve outra colega, que estava muito próxima da Beatriz, saltaram juntas, se encontraram, mas o acidente em si foi isolado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profe Pamela	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Chris	11/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
A aluna foi atendida com gelo, no tornozelo; não está chorosa. Os pais serão avisados.

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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 16761

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 11060394405		9 - Validade da Carteira		10 - Nome BEATRIZ DE ABREU SANTOS		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 11/04/2024		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro																			
				27 - Qt. Solic. 1								28 - Qt. Autoriz. 0											
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA						31 - Código CNES 3005585															
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -		8 -		9 -		10 -					
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Michelle de A. Lima		68 - Assinatura do Contratado																			



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

2 - Nº Guia no Prestador **16761**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 11060394405		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome BEATRIZ DE ABREU SANTOS		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 11/04/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qt. Solic. 1	
		28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
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 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Michelle de A. Lima</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

Dr. Gustavo Pereira Boteelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1420116

Pedido.....: 800029

Paciente.....: BEATRIZ DE ABREU SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 12/04/2024

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

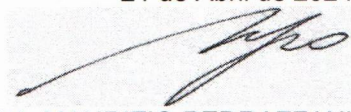
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

21 de Abril de 2024


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
11/04/2024 22:38:26

Atendimento: 1420116 Data do Atendimento: 11/04/2024
Prontuário: 1015459 Nome: BEATRIZ DE ABREU SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 21/10/2010
RG: 9347181 CPF: 11060394405 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996407293

Rua: RUA DA TRINDADE DE 1 A 1245 Numero 242 CEP: 82920120
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 11060394405

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: MICHELE DE ABREU LIMA DOS SANTOS 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

PRESCRIÇÃO.: 1612716 DATA: 12/04/2024 00:10
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1420116 DT NASC: 21/10/2010 (13A 5M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1015459 - BEATRIZ DE ABREU SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/04/2024 22:36 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S900 CONTUSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1420116*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1						

Dr. Viktor Cleto
CRM: 47240
12/4

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1420116 **Prontuário:** 1015459 **SAME:** 1015459 **Hora Atend:** 22:36 **Data Atend:** 11/04/2024
Paciente..... : BEATRIZ DE ABREU SANTOS **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA DA TRINDADE DE 1 A 1245
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82920120
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AMB - TORNOZELO
Data Saída..... : 12/04/2024 **Hora Saída :** 01:13

Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

RELATA ENTORSE EM TNZ ESQ DURANTE PARTIDA DE BASQUETE.
ALERGIA: DIPIRONA
ACOMPANHADA DA MÃE EM CONSULTA

EXAME FISICO

BEG, DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE
SEM HEMATOMA, SEM AUMENTO DE VOLUME
RX: SP
ADM SEM LIMITAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE TNZ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TNZ

TRATAMENTO

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

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM/PR 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA