

Atendimento: 1469015 - BEATRIZ SILVA ROSA Lote: 1837216 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: BEATRIZ SILVA ROSA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano...:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 20800 Validade.:16/09/2024
Senha.....: 20800 Autoriz.:16/09/2024
Carteira...: 2791958 Validade.: 31/12/2024 Titular...: BEATRIZ SILVA ROSA
: RUA ERNESTO MONTANARIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/09/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **20800**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																							
4 - Data de Autorização 16/09/2024		5 - Senha 20800		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20800																			
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024		10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR			16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38421		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante														
21 - Caráter do Atendimento 2												22 - Data da Solicitação 16/09/2024		23 - Indicação Clínica QMN HOJE COM TRAUMA EM JOELHO DIR											
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 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 09/09/2024 21:12 21:12 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO												001				1.0		80.00		80.00					
2 09/09/2024 21:44 21:44 22 40804054 RX - JOELHO												001				1.0		35.58		35.58					
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\$) 115.58		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\$) 115.58													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado																	

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Silva Rosa
Nº da Carteirinha: 2.79.1958
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 22/12/2011

Nº da Guia: 20800

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	17:19:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição
durante aula de matemática aluna levantou-se para falar com colega tropeçou acabou batendo o joelho no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sincler	09/09/2024

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
aplicação de gelol e compressa de gelo no local

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

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

Atestado de Ocorrência - Modelo 1
 Contato: (41) 3340-3313 ou (41) 3340-3314
 Instituição: Colégio Adventista de Ensino Superior - CEAES

(uso exclusivo) com os seguintes dados:
 (uso exclusivo) ou e-mail:

com códigos e valores discriminados, referente ao atendimento e Nota Fiscal para o link:
 Para obtenção do valor discriminado, este deve ser acompanhado juntamente com a tabela de atendimento

Atestado de Ocorrência

Ass:

Atestado de Ocorrência - Modelo 1

Organização:

DE CUBESCA) Rua XV de Novembro 333 Vila da XV (41) 3318-3313
 HOSANNA ALMEIDA MACHADO (41) 3318-3314

Local de atendimento Endereço Nr Bairro Telefone

Nome Data

Qual prestador de serviços

Código Telefone

Testemunha de ocorrência Telefone

Atestado de Ocorrência - Modelo 1

Descrição

Atestado de Ocorrência - Modelo 1
 O que aconteceu: Faltas do aluno

00000000000000000000 13:15:00 2013-01-15 00000000000000000000

Data de ocorrência Horário Local Atividades

Data de nascimento: 22/12/2011 Nr da CTP: 30800

Instituição: Colégio Adventista de Ensino Superior
 Av. da XV de Novembro: 333-3314
 Atividade: Ensino Superior

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador **5331141**

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	
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		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 <i>Dr. Ricardo S. Falcão Jr.</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 38421	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/09/2024	
23 - Indicação Clínica		27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
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 09/09/2024 21:12 21:12 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 <i>[Assinatura]</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **5331141**

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		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2791958		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome BEATRIZ SILVA ROSA		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
13 - Código da Operadora 76530518000107		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 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/09/2024	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 3005585	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento 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		42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total	
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 09/09/2024 21:12 21:12 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
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		5 - / / 7 - / / 9 - / /	
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /		6 - / / 8 - / / 10 - / /	
2 - / / 4 - / / 6 - / / 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		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. Ricardo S. Falcão Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421

Atendimento.....: 1469015
Pedido.....: 829929
Paciente.....: BEATRIZ SILVA ROSA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
Data do Exame.: 09/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

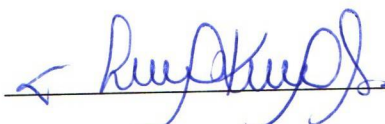
22 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento: 1469015	Data do Atendimento: 09/09/2024	
Prontuário: 1018649	Nome: BEATRIZ SILVA ROSA	
Sexo: FEMININO	Idade: 12	Data de Nascimento: 22/12/2011
RG:	CPF:	Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987122568		
Rua: RUA ERNESTO MONTANARIN	Numero 483	CEP: 83085330
Bairro: QUISSISSANA	Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS	UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791958		
Médico: PLANTONISTA	CRM: 0000	
Responsável: LUANNA KESLEY SOUZA E SILVA	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 : BEATRIZ SILVA ROSA-12 ANOS

Início da Triagem 21:07:03.
Fim da Triagem 21:08:20.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP.:QUEDA E DOR NO JOELHO DIREITO-09/09
PESO:54KG

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:88bpm FR:rpm Tax:36.7°C SatO2:97% ECG:
Dor:3

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA

Data: 09/09/2024.

ENF°. MATHEUS GAMA, COREN-PR 478841.

PREScrição.: 1666786 DATA: 09/09/2024 21:44
USUÁRIO....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1469015 DT NASC: 22/12/2011 (12A 8M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1018649 - BEATRIZ SILVA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2024 21:12 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1469015*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P E LAT (DIREITO) 40804054	1						

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1469015 Prontuário: 1018649 SAME: 1018649 Hora Atend: 21:12 Data Atend:09/09/2024
Paciente..... : BEATRIZ SILVA ROSA Idade: 12 a
Endereço..... : RUA ERNESTO MONTANARIN
Bairro..... : QUISSISSANA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83085330
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/09/2024 Hora Saída : 22:40
Prestador da Evolução Médica: 1165 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

HDA

QMN HOJE COM TRAUMA EM JOELHO DIR

EXAME FISICO

DOR EM REGIAO PATELAR
AUSENCIA DERRAME ARTICULAR
ADM 0-130
LACHMANN DURO / STRESS VALGO E VARO/MCMURRAY-

DIAGNOSTICO

CONTUSAO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO JOELHO

TRATAMENTO

ANALGESIA
GELO
ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA.
RECOMENDO RETORNO IMEDIATO AO PS SE PIORA, PERSISTÊNCIA, MUDANÇA DE PADRÃO OU SINAIS DE ALERTA

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr
Ortopedia e Traumatologia
CRM 38421

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA