

Atendimento: 1528590 - CLARA CANCELA GUERRA Lote: 1929211 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: CLARA CANCELA GUERRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.....: 25623 Validade.:25/03/2025
Senha.....: 25623 Autoriz.:25/03/2025
Carteira.: 369078 Validade.: 25/03/2025 Titular....: CLARA CANCELA GUERRA
: RUA LANGE DE MORRETES DE 1 A 99999
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
25/03/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC 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
25/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **25623**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25623	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25623	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 369078		9 - Validade da Carteira 25/03/2025	
10 - Nome CLARA CANCELA GUERRA		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 ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 45201		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 25/03/2025	
23 - Indicação Clínica HA 1 DIA TRAUMA EM PE ESQUERDO. QUEIXA-SE DE DOR EM 5º PDE.			
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 25/03/2025 17:30 17:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 25/03/2025 17:37 17:37 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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 -	
2 -		4 -	
6 -		8 -	
10 -			
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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Clara Cancela Guerra
Nº da Carteira: 3.6.9078
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 10/09/2012

Nº da Guia: 25623

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2025	16:45:00	Fora do colégio	Atividades fora do colégio

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Coxa Esquerda, Joelho Esquerdo, Perna Esquerda, Pé Esquerdo, Posterior da Coxa Esquerda, Panturrilha Esquerda, 1º Dedo Pé Esquerdo, 2º Dedo Pé Esquerdo, 3º Dedo Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo, 5º Dedo Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna relatou que estava ontem em casa e se desequilíbrio y acabou caindo da escada machucando-se o pé esquerdo e entortando o dedo pequeno de esse mesmo pé. Hoje a aluna relatou sentir um pouco de dor e desconforto no local afetado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Samir	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ruth Cervera -monitora	25/03/2025

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 sala de apoio e recebeu os primeiros socorros. Foi colocado gelo no local para aliviar a dor e sinais de inchaço. Os responsáveis foram avisados e orientados a levar o aluno ao médico.

Ass.:

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
CNPJ 76.726.884/0057-82

Rua Ferreira Góes, 100 - Jardim São Paulo
Curitiba - PR - CEP 82640-350

<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 **25623**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25623		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25623																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 369078		9 - Validade da Carteira 25/03/2025		10 - Nome CLARA CANCELA GUERRA		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 25/03/2025		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 25/03/2025		17:30		17:30		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001				1.0				80.00		80.00	
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 - / /															
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 <i>Cláudio Concelos</i>				68 - Assinatura do Contratado															



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

2 - Nº Guia no Prestador **25623**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 25/03/2025		5 - Senha 25623	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25623			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 369078	9 - Validade da Carteira 25/03/2025	10 - Nome CLARA CANCELA GUERRA	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 25/03/2025	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
1 25/03/2025	17:30	17:30	22
40 - Procedimento		41 - Descrição	
10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde.		43 - Via	44 - Téc.
001		45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário
		1.0	80.00
		47 - Valor Total 80.00	
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			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	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	
		Cláudio Cancela.	
		68 - Assinatura do Contratado	

RGÊNCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPÉDICOVINICIUS.BASSANI
25/03/2025 17:33:41

Atendimento: 1528590 Data do Atendimento: 25/03/2025
Prontuário: 1037811 Nome: CLARA CANCELA GUERRA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 10/09/2012
RG: CPF: 12800153903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988412487

Rua: RUA LANGE DE MORRETES DE 1 A 99999 Numero 356 CEP: 82520530
Bairro: JARDIM SOCIAL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 369078
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLAUDIA MARIA CANCELA 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.: 1731139 DATA: 25/03/2025 17:37
USUÁRIO.....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1528590 DT NASC: 10/09/2012 (12A 6M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1037811 - CLARA CANCELA GUERRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2025 17:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S901 CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1528590

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097	1						
Obs.: AP + OBLIQUO							

Dr. Abner A. Fer
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1528590 **Prontuário:** 1037811 **SAME:** 1037811 **Hora Atend:** 17:30 **Data Atend:** 25/03/2025
Paciente..... : CLARA CANCELA GUERRA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA LANGE DE MORRETES DE 1 A 99999
Bairro..... : JARDIM SOCIAL
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82520530
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S901 - CONTUSAO DE ARTELHO SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - PE
Data Saída..... : 25/03/2025 **Hora Saída :** 18:50
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

HÁ 1 DIA TRAUMA EM PÉ ESQUERDO. QUEIXA-SE DE DOR EM 5° PDE.

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADE, AUMENTO DE VOLUME OU EQUIMOSE. ADM PRESERVADA, NV PRESERVADO, DEAMBULANDO SEM CLAUDICAÇÃO

DIAGNOSTICO

FX DE COLO DO 5° MTT

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FX DE COLO DO 5° MTT

TRATAMENTO

PRESCREVO ROBOFOOT POR 45 DIAS. PRESCREVO ANALGESIA. ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDITA DE PÉ/TORNOZELO;


Dr. Abner Alves Ferreira
Médico
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1528590

Protocolo.....: 866930

Paciente.....: CLARA CANCELA GUERRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 25/03/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO PÉ ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aumento de partes moles na região do 5° metatarso, podendo corresponder a fratura oculta, correlacionar com dados clínicos e/ou incidências adicionais.

10 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618