

Atendimento: 1256176 - EMANUELA DE PAIVA DIAS Lote: 1503808 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 8669 Validade.:24/10/2022
Senha.....: 8669 Autoriz.:24/10/2022
Carteira...: 367720 Validade.: 12/12/2022 Titular....: EMANUELA DE PAIVA DIAS
: HUMBERTO GERONASSO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2022	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/10/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						95,64

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
24/10/2022

5 - Semha
8669

6 - Data de Validade da Semha
12/12/2022

7 - Número da Guia Arribado pela Operadora
8669

8 - Nome do Beneficiário
EMANUELA DE PAIVA DIAS

9 - Número da Guia Arribado pela Operadora
8669

10 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Número da Carteira
367720

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
EDER HENRIQUE CORREA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45078

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Contratado

22 - Data da Solicitação
24/10/2022

23 - Indicação Clínica
TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO HU PELA MANHA

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
2

26 - Descrição
TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO HU PELA MANHA

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005685

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
2

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 24/10/2022 14:55 14:55 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 24/10/2022 15:34 15:34 22 40804054 RX - JOELHO

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00 1.0 65.00
001 1.0 30.64 1.0 30.64

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-C6d 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 - - - - -
2 - - - - - 4 - - - - -

58 - Observação / Justificativa
5 - - - - - 6 - - - - -
7 - - - - - 8 - - - - -
9 - - - - - 10 - - - - -

59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de CPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
80 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuela de Paiva Dias
Nº da Carteirinha: 3.6.7720
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 08/04/2013

Nº da Guia: 8669

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2022	11:22:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna sofreu um choque com outro colega e acabou caindo no chão, batendo o joelho direito. Logo em seguida acabou se chocando contra a parede, por causa da queda. Foi ao ambulatório com dores no joelho direito.

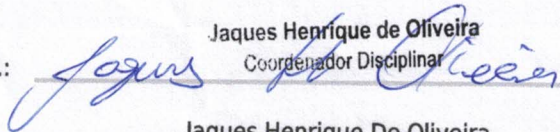
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	24/10/2022

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

Foi atendida no ambulatório e aplicado gelo no local para evitar inchaço. A aluna sente dores ao movimentar o joelho direito. Contato com a mãe via telefone e orientada a encaminhar a aluna ao médico.

Ass.: 
Jaques Henrique De Oliveira
Coordenador Disciplinar

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/SIADT

2 - Nº Guia no Prestador 8669

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

367720

EMANUELA DE PAIVA DIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional

EDER HENRIQUE CORREA

06

17 - Número no Conselho

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

24/10/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz.

1 0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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 - Qtd

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / 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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADI

2 - Nº Guia no Prestador 8669



Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nº Guia Principal
-----------------------	-----------------------

4 - Data de Autorização	5 - Semia
-------------------------	-----------

8 - Número da Carteira 367720	9 - Validade da Carteira	10 - Nome EMANUELA DE PAIVA DIAS
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Dados do Solicitante	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
----------------------	---

13 - Código da Operadora 76530518000107	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45078	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcelo Pinheiro MÉDICO ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGIST CRM-PR 28.374 - RQE 25.4
--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/10/2022	23 - Indicação Clínica
---	-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
---------------------	--	--	----------------------	------------------------

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

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de 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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	----------	----------	----------	---------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Sena Rel	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--	---------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--------------------------------	-------------------------------

Impresso por: FERNANDA HERZ	Data/hora: 24/10/2022 15:01:03	Contábil de:	Atendimento: 1256176	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
-----------------------------	--------------------------------	--------------	----------------------	--

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1256176
701656

Paciente.....: EMANUELA DE PAIVA DIAS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 24/10/2022

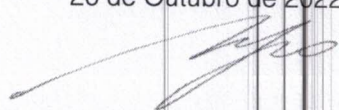
RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

26 de Outubro de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
24/10/2022 14:59:40

Atendimento: 1256176 Data do Atendimento: 24/10/2022
Prontuário: 986113 Nome: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 08/04/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: HUMBERTO GERONASSO Numero 863 CEP: 82560160
Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367720
Médico: EDER HENRIQUE CORREA CRM: 45078
Responsável: EDILEUZA MARTINS DE PAIVA DIAS 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.

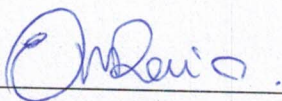
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

RX

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1256176 **Prontuário:** 986113 **SAME:** 986113 **Hora Atend:** 14:55 **Data Atend:** 24/10/2022
Paciente..... : EMANUELA DE PAIVA DIAS **Idade:** 9 a
Endereço..... : HUMBERTO GERONASSO
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82560160
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/10/2022 **Hora Saída :** 16:15
Prestador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA**

HDA

TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO HJ PELA MANHA

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO
SEM INSTABILIDADE AO EXAME :LACHMAN, ESTRESSE ME VARO E VALGO, GAVETA ANTERIOR E
POSTERIOR NEGATIVA
SEM DERRAME ARTICULAR , SEM BLOQUEIO ARTICULAR.
APARELHO EXTENSOR PRESERVADO
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ATIVA E PASSIVA PRESERVADA POREM REDUZIDA POR DOR
SEM DOR EM INTERLINHA ARTICULAR, APLEY NEGATIVO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO JOELHO

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL
PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1423288 DATA: 24/10/2022 15:33
USUÁRIO.....: EDER CORREA
ATENDIMENTO: 1256176 DT NASC: 08/04/2013 (9A 6M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 986113 - EMANUELA DE PAIVA DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/10/2022 14:55 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: SALA 4 ORTOPEDIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1256176

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1						

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078