

Atendimento: 1268680 - EMANUELA LELA AZEVEDO Lote: 1523387 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: EMANUELA LELA AZEVEDO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDER HENRIQUE CORREA / 45078
Guia.....: 9396 Validade.:07/12/2022
Senha.....: 9396 Autoriz.:07/12/2022
Carteira...: 367937 Validade.: 31/12/2022 Titular....: EMANUELA LELA AZEVEDO
: JOSE MERHY

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/12/2022	40803031 COSTELAS - POR HEMITÓRAX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/12/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDER HENRIQUE CORREA - 45078 08056699902	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuela Leal Azevedo

Nº da Carteirinha: 3.6.7937

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 06/08/2009

Nº da Guia: 9396



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/12/2022	12:20:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Costas

Descrição

Aluna estava participando dos jogos inter classes, quando levou um choque com um colega nas costas na região das costelas no lado direito,

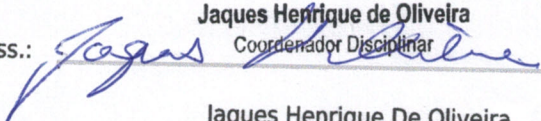
Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	07/12/2022

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

Prestado os primeiros socorros na enfermaria escolar. aplicado gelo no local para ajudar com a dor. Tentado contato com a mãe por telefone mas sem sucesso.

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 9396

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 07/12/2022	5 - Semha 9396	6 - Data de Validade da Semha 9396	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9396
---------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 367937	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome EMANUELA LELA AZEVEDO	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 EDER HENRIQUE CORREA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45078	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 07/12/2022	23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA DIRETO EM REGIÃO DORSAL, (FUTEBOL), SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO
---	--	--

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição REFERE TRAUMA DIRETO EM REGIÃO DORSAL, (FUTEBOL), SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO	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 (paciente 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 1 07/12/2022 13:23 13:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 07/12/2022 13:55 13:55 22 40803031 RX - COSTELAS - POR HEMITORAX	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 31.72 001 1.0 65.00 31.72
--	---

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a) 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. ____/____/____	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3. ____/____/____ 4. ____/____/____	5. ____/____/____ 6. ____/____/____ 7. ____/____/____ 8. ____/____/____ 9. ____/____/____ 10. ____/____/____
---	--	---

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 96.72
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1268680

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

8 - Número da Carteira 367937

9 - Validade da Carteira

10 - Nome EMANUELA LEILA AZEVEDO

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 07/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qlde. 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. Prof. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/hora: 07/12/2022 13:30:40

Controle:

Atendimento: 1268680

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 1268680

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367937

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

EMANUELA LEILA AZEVEDO

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

07/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic.

1

28 - QI Autoriz.

0

Dados do Contratado 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 - Qde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) 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

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

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 07/12/2022 13:30:40

Contato: 1268680

Atendimento: 1268680

Convenio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1268680
709021

Paciente.....: EMANUELA LELA AZEVEDO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA

Data do Exame.: 07/12/2022

RADIOGRAFIA DOS ARCOS COSTAIS À DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua anterior.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal nestas incidências.

13 de Dezembro de 2022


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
07/12/2022 13:29:54

Atendimento: 1268680 Data do Atendimento: 07/12/2022
Prontuário: 988375 Nome: EMANUELA LELA AZEVEDO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 06/08/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOSE MERHY

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CURITIBA

Numero 1700

CEP: 82560440

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367937

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: DANIELA LEAL DS SANTOS AZEVEDO

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 pertencês, 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.: 1437332 DATA: 07/12/2022 13:55
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1268680 DT NASC: 06/08/2009 (13A 4M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 988375 - EMANUELA LELA AZEVEDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/12/2022 13:23 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: EDER HENRIQUE CORREA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1268680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COSTELAS - POR HEMITORAX (DIREITO)	1					

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1268680 **Prontuário:** 988375 **SAME:** 988375 **Hora Atend:** 13:23 **Data Atend:** 07/12/2022
Paciente..... : EMANUELA LELA AZEVEDO **Idade:** 13 a
Endereço..... : JOSE MERHY
Bairro..... : BOA VISTA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82560440
CID Principal..... : T07 - TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 07/12/2022
Prestador da Evolução Médica: 1811 **EDER HENRIQUE CORREA** **Hora Saída :** 18:32

HDA

REFERE TRAUMA DIRETO EM REGIAO DORSAL , (FUTEBOL) , SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL SEM HEMATOMA OU EQUIMOSE , SEM PONTOS DOLOROSO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA 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 H. CORREA
Médico
CRM 45078

EDER HENRIQUE CORREA / 45078
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA