

Atendimento: 1522171 - EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA Lote: 1919415 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 24864 Validade.:06/03/2025
Senha.....: 24864 Autoriz.:06/03/2025
Carteira.: 278130 Validade.: 06/03/2025 Titular.: EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA
: RUA EDINEI DE LIMA GODOY

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
06/03/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **24864**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 24864	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24864	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278130		9 - Validade da Carteira 06/03/2025	
10 - Nome EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA		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 KARLA MULLER CARVALHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 14115		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 06/03/2025	
23 - Indicação Clínica Trauma torcional tornozelo esquerdo ao correr e tropeçar em tapete;			
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 06/03/2025 13:45 13:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 06/03/2025 14:15 14:15 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.58 35.58			
3 06/03/2025 14:15 14:15 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- / /			
2- / / 4- / / 6- / / 8- / / 10- / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuelle Naomi Terajima Matunaga
Nº da Carteirinha: 2.78.130
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 15/08/2011

Nº da Guia: 24864



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2025	11:36:00	Quadra	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava saindo do Celebra, em homenagem às mulheres, quando tropeçou no tapete vermelho, luxando o tornozelo. Ela está firme e consciente, mas sentindo dores. Ela tem treze anos.

Testemunha da ocorrência

Monitora Rosana

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Ingo

Data

06/03/2025

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 mãe foi informada. Dei gelo no local machucado. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ass.: _____

Ingo Iwankiw

Ingo Iwankiw
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 1036446

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 1036446	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1036446	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278130		9 - Validade da Carteira 06/03/2025	
10 - Nome EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA		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 06/03/2025	
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 06/03/2025 13:45 13:45 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		* Luzia Maria Teijme	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 1036446

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/03/2025		5 - Senha 1036446	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1036446	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278130		9 - Validade da Carteira 06/03/2025	
10 - Nome EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA		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 06/03/2025	
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 06/03/2025 13:45 13:45 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 - 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	
		68 - Assinatura do Contratado	

Atendimento.....: 1522171

Pedido.....: 863015

Paciente.....: EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 06/03/2025

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações no nível dos espaços articulares.

08 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1522171

Pedido.....: 863015

Paciente.....: EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 06/03/2025

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.

08 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
06/03/2025 13:48:25

Atendimento: 1522171 Data do Atendimento: 06/03/2025
Prontuário: 1036446 Nome: EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 16/08/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997758824
Rua: RUA EDINEI DE LIMA GODOY Numero 663 CEP: 83320590
Bairro: PINEVILLE Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278130
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LUZIA MARYE 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.: 1724312 DATA: 06/03/2025 14:15
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1522171 DT NASC: 16/08/2011 (13A 6M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1036446 - EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2025 13:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1522171*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1					
2 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)40804097 Obs.: ap perfil e obliquo	1					

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1522171 **Prontuário:** 1036446 **SAME:** 1036446 **Hora Atend:** 13:45 **Data Atend:** 06/03/2025
Paciente..... : EMANUELLE NAOMI TERAJIMA MATUNAGA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA EDINEI DE LIMA GODOY
Bairro..... : PINEVILLE
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83320590
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/03/2025 **Hora Saída :** 20:34

Prestador da Evolução Médica: 65 KARLA MULLER CARVALHO

HDA

Trauma torcional tornozelo esquerdo ao correr e tropeçar em tapete;

EXAME FISICO

leve claudicação
discreto edema
dor a palp do tornozwel

DIAGNOSTICO

Entorse tornozelo esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Entorse tornozelo esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

sintomáticos

Dra. Karla Müller Carvalho
Ortopedia
CRM 14.115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA