

Atendimento: 1455386 - FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA Lote: 1816035 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
Guia.....: 19387 Validade.:29/07/2024
Senha.....: 193987 Autoriz.:29/07/2024
Carteira.: 278976 Validade.: 01/01/2026 Titular....: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
: RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA

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
29/07/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/07/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LIGIA ZANDONA LINHARES - 51459 08352505980	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 19387

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 29/07/2024	5 - Senha 193987	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19387								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 278976	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA	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 LIGIA ZANDONA LINHARES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 51459	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 29/07/2024	23 - Indicação Clínica ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO HA 3 DIAS, APOS JOGO DE BASQUETE, NAO JOGANDO MAIS POR DOR. PACIENTE									
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 29/07/2024	14:45	14:45	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 29/07/2024	15:28	15:28	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	35.58	35.58
3 29/07/2024	15:28	15:28	22	40804054	RX - JOELHO	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 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	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: Fernanda Gaio Ribeiro Saldanha
Nº da Carteira: 2.78.976
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 21/08/2010

Nº da Guia: 19387

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/07/2024	14:02:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição
Aluna estava jogando bola, quando outra aluna bateu em seu joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Caio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aline Gonçalves	29/07/2024

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
A aluna foi atendida e aplicado gelo no local, porém a mesma relatou que o joelho já estava machucado. Família foi avisada e orientada a procurar o hospital acima citado.

Ass.:

Gleice Oliveira

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atividade: Atendimento ao Cliente
 Nome do Atendente: [Nome do Atendente]
 Data: [Data]

Nº da Guia: 12345

Nome do Cliente: [Nome do Cliente]

Data de Nascimento: [Data de Nascimento]

Local: [Local]

Atividade: [Atividade]

Atividade: [Atividade]

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:

Partes do corpo:



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

2 - Nº Guia no Prestador 19387

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/07/2024		5 - Senha 193987	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19387	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 278976		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA		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		21 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 29/07/2024		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		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 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		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	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 19387

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 29/07/2024		5 - Senha 193987	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19387	
8 - Número da Carteira 278976		9 - Validade da Carteira 01/01/2026	
10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA		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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 29/07/2024			
23 - Indicação Clínica			
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 1 29/07/2024 14:45 14:45 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			
68 - Assinatura do Contratado			

Atendimento.....: 1455386

Pedido.....: 821589

Paciente.....: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

Data do Exame.: 29/07/2024

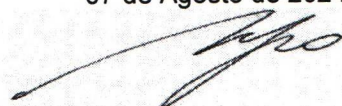
RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

07 de Agosto de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1455386

Pedido.....: 821589

Paciente.....: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES

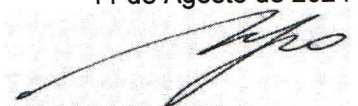
Data do Exame.: 29/07/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

11 de Agosto de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
29/07/2024 14:49:12

Atendimento: 1455386 Data do Atendimento: 29/07/2024
Prontuário: 1022793 Nome: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 21/08/2010
RG: CPF: 11189706911 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA Numero 346 CEP: 83306260
Bairro: VILA JULIANA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278976
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: QUESLI GAIO RIBEIRO SALDANHA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1455386 **Prontuário:** 1022793 **SAME:** 1022793 **Hora Atend:** 14:45 **Data Atend:** 29/07/2024
Paciente..... : FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA
Bairro..... : VILA JULIANA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF...:** PR **CEP:** 83306260
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/07/2024 **Hora Saída :** 18:11

Prestador da Evolução Médica: 2091 **LIGIA ZANDONA LINHARES**

HDA

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO HÁ 3 DIAS, APÓS JOGO DE BASQUETE, NÃO JOGANDO MAIS POR DOR. PACIENTE DEAMBULA
NEGA ALERGIA // CMB NEGA // MUC NEGA

EXAME FISICO

JOELHO ESQUERDO
DISCRETO AUMENTO DE VOLUME, SEM EQUIMOSE SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM DISCRETA RESTRITA POR DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

TRATAMENTO

SOLICITO RX
LISADOR DIP + FLANCOX + GELO PARA CASA
JOELHEIRA
ELEVACÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE JOELHO OU ORTOPEDISTA GERAL VIA PLANO DE SAUDE
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ATESTADO PARA ATIVIDADE FISICA
PACIENTE E ACOMPANHANTE COMPREENDEM E CONCORDAM

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1455386 **Prontuário:** 1022793 **SAME:** 1022793 **Hora Atend:** 14:45 **Data Atend:** 29/07/2024
Paciente..... : FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA
Bairro..... : VILA JULIANA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83306260
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/07/2024 **Hora Saída:** 18:11

LIGIA ZANDONA LINHARES / 51459
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

PRESCRIÇÃO.: 1651374 DATA: 29/07/2024 15:28
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1455386 DT NASC: 21/08/2010 (13A 11M 9D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1022793 - FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/07/2024 14:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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***1455386*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) 40804054	1					
2	JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) 40804054	1					

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459