

Atendimento: 1327577 - GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES Lote: 1615687 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia..... 11931 Validade.: 20/06/2023
Senha..... 11931 Autoriz.: 20/06/2023
Carteira... 2373611 Validade.: 30/12/2023 Titular.... GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES
: JOSE FABIANO BARCIK

Plano..... UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 11931

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autenticação 20/06/2023	5 - Série 11931
6 - Data de Validade da Série 11931	
7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 11931	

8 - Número da Carteira 2373611	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES	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 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 15485	
		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
				20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caudex de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 20/06/2023		23 - Indicação Clínica PCTE REFERE QUE TORCEU O TNZ ESQ HOJE DE MANHA, PAROU DE JOGAR, COLOCOU GELO. AGORA TEM DOR, F	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Q1.Solic. 28 - Q1.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 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta 1	
				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 20/06/2023 18:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				001 1.0 65.00 65.00	
2 20/06/2023 19:01 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)				001 1.0 39.83 39.83	

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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 104.83		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 Médicinas (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 104.83	
--	--	---------------------------------	--	---	--	--	--	---------------------------------------	--	----------------------------------	--	--	--	---	--	----------------------------------	--

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

1615687

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriele Cristina de Oliveira Soares
Nº da Carteirinha: 2.37.7611
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 21/09/2012

Nº da Guia: 11931

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2023	09:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
A aluna estava na aula de educação física escorregou e torceu o tornozelo esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambas para o hospital de referência.

Ass.: 
Nailson Veras do Nascimento

Nailson Veras
Coord. 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 - SPISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 4560978

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sentia
6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2373611	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES	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 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/06/2023
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 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 1	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 20/06/2023 18:53 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 65.00 65.00
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 - CPF 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\$) 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\$)	
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00	
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 4560978

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2373611

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/06/2023

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição

1 20/06/2023 18:53

18:53

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

65.00

65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

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

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 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

11 - / /

12 - / /

13 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

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\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 20/06/2023 18:54:53

Contat. de: 1615887

Atendimento: 1327577

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURTIBA

440470001

Atendimento: 1327577 Data do Atendimento: 20/06/2023
Prontuário: 883034 Nome: GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 21/09/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988882555
Rua: JOSE FABIANO BARCIK Numero 94 CEP: 82940050
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2373611
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: NICHELE GONCALVES DE OLIVEIRA SOARI 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES 10 A Início da Triagem:18:44:14.
Fim da Triagem:18:48:58.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS ESCORREGAR E TORCER
NA AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:124bpm FR:rpm Tax:36,9°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 20/06/2023.

ENFº FILIPE F. LOPES

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1327577 **Prontuário:** 883034 **SAME:** 883034 **Hora Atend:** 18:53 **Data Atend:** 20/06/2023
Paciente..... : GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES **Idade:** 10 a
Endereço..... : JOSE FABIANO BARCIK
Bairro..... : CAJURU **UF..:** PR **CEP:** 82940050
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/06/2023 **Hora Saída :** 19:34
Prestador da Evolução Médica: 38 **LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES**

HDA

PCTE REFERE QUE TORCEU O TNZ ESQ HOJE DE MANHÃ , PAROU DE JOGAR , COLOCOU GELO . AGORA TEM DOR , PIORA COM A DEAMBULAÇÃO.
NEGA TRAUMA PREVIO
SAUDÁVEL

EXAME FISICO

TEM EDEMA DIFUSO NO TNZ
DOR NA REGIÃO DO MALEOLO MEDIAL E FIBULA ACIMA DA SINDESMOSE
BOA ADM DO TNZ

DIAGNOSTICO

RX NORMAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX NORMAL

TRATAMENTO

TORNOZELEIRA // ROBOFOOT S/N
ALIVIUN GOTAS // GELO// REPOUSO

Dr. Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15.485 - CPF 894.085.439-04

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1505137 DATA: 20/06/2023 19:01
MÉDICO.....: LUIZ.BORGES
AMENDIMENTO: 1327577 DT NASC: 21/09/2012 (10A 8M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 883034 - GABRIELE CRISTINA DE OLIVEIRA SOARES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/06/2023 18:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1327577

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					

Dr. Luiz Gustavo Fagundes Borges
CRM 15485 - CPF 894.085.439-04

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485