

Atendimento: 1470711 - GABRIELY DE SOUZA MARTINI Lote: 1839823 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELY DE SOUZA MARTINI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCELO OLIVEIRA ASINELLI / 38371
Guia.....: 20910 Validade.:23/09/2024
Senha.....: 20910 Autoriz.:23/09/2024
Carteira.: 279876 Validade.: 31/12/2025 Titular...: GABRIELY DE SOUZA MARTINI
: ANTONIO ANGELO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/09/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	MARCELO OLIVEIRA ASINELLI - 38371 05566385907	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **20910**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 23/09/2024		5 - Senha 20910		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20910																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 279876		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome GABRIELY DE SOUZA MARTINI		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 MARCELO OLIVEIRA ASINELLI		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38371		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 23/09/2024		23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE, REFERE TRAUMA CONTUSAO JOELHO DIREITO HA 3 DIAS, LEVOU CHUTE DE COI																			
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 14/09/2024		13:42		13:42		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 14/09/2024		14:05		14:05		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 -		3 -		5 -		7 -		9 -															
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -															
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58		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\$) 115.58											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriely de Souza Martini
Nº da Carteirinha: 2.79.876
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 15/02/2014

Nº da Guia: 20910

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/09/2024	10:27:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição
Um colega da sala estava atrás porta e a Gabriely empurrou a porta contra o colega, o mesmo não gostou e acabou chutando o joelho direito dela. Consequentemente ela sente dor para esticar a perna e firmar no chão para andar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gelielson	12/09/2024

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
Aluna foi atendida com pomada no local, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.:

José Delman Saraiva Da Silva

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 **5343483**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																																																																																																																																																																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																																																																																																																																																																	
8 - Número da Carteira 279876		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome GABRIELY DE SOUZA MARTINI		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																																																																																																																																																													
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																																																																																																																																																																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 14/09/2024		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																																																																																																																																																													
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 1 14/09/2024		37 - Hr. Inicial 13:42		38 - Hr. Final 13:42		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 001		43 - Via 1,0		44 - Téc. 80,00		45 - Fator R/Acr 80,00		46 - Valor Unitário 80,00		47 - Valor Total 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																								5 - / /																								7 - / /																								9 - / /																																																																							
1 - / /																								3 - / /																								6 - / /																								8 - / /																								10 - / /																																																																							
2 - / /																								4 - / /																																																																																																																																															
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 **5343483**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																			
4 - Data de Autorização		5 - Senha																							
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN																	
8 - Número da Carteira 279876		31/12/2025		GABRIELY DE SOUZA MARTINI				N																	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado																							
13 - Código da Operadora 76530518000107		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 14/09/2024		23 - Indicação Clínica																					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição																					
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 14/09/2024		13:42		13:42		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001								1,0		80,00		80,00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO								
48 - Sq. Ref.											49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional										
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		5 - / /		7 - / /		9 - / /								
1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /		1 - / /		3 - / /		5 - / /		7 - / /		9 - / /							
2 - / /		4 - / /		6 - / /		8 - / /		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.....: 1470711

Pedido.....: 830940

Paciente.....: GABRIELY DE SOUZA MARTINI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

Data do Exame.: 14/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

22 de Setembro de 2024



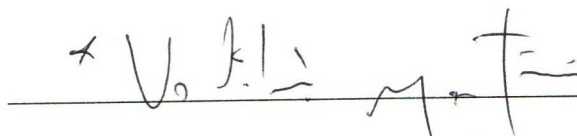
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
14/09/2024 13:44:19

Atendimento: 1470711 Data do Atendimento: 14/09/2024
Prontuário: 872192 Nome: GABRIELY DE SOUZA MARTINI
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 15/02/2014
RG: 146518176 CPF: 12424812900 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: ANTONIO ANGELO Numero 280 CEP: 83070170
Bairro: ROSEIRA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 279876
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VALDIR MARTINI Parentesco: PAI

- 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.: 1668380 DATA: 14/09/2024 14:04
USUÁRIO....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1470711 DT NASC: 15/02/2014 (10A 6M 30D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 872192 - GABRIELY DE SOUZA MARTINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/09/2024 13:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN 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

1470711

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Dr. Pedro Galvan
MÉDICO
CRM/PR 43.743

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1470711 Prontuário: 872192 SAME: 872192 Hora Atend: 13:42 Data Atend:14/09/2024
Paciente..... : GABRIELY DE SOUZA MARTINI Idade: 10 a
Endereço..... : ANTONIO ANGELO
Bairro..... : ROSEIRA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83070170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 14/09/2024 Hora Saída : 18:27

Prestador da Evolução Médica: 2092 PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MÃE, REFERE TRAUMA CONTUSAO JOELHO DIREITO HÁ 3 DIAS, LEVOU CHUTE DE COLEGA NA ESCOLA.

EXAME FISICO

JOELHO DIREITO
AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM RESTRITA POR DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

CONTUSAO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO JOELHO

TRATAMENTO

RX SEM FX
PRESCREVO ANALGESIA
CRIOTERAPIA

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO SOBRE FRATURA OCULTA, RETORNO AO PA SE SINAIS DE ALARME
NEGA ALERGIA, ORIENTO SOBRE MEDICAÇÃO, UTILIZAÇÃO, EFEITOS COLATERIAS
ORIENTO CONSUTLTA COM ORTOPEDIATRIA, SE NECESSÁRIO

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN / 43743
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA