

Atendimento: 1371782 - GEOVANNA LEITE Lote: 1685163 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GEOVANNA LEITE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 14496 Validade.:09/11/2023
Senha.....: 14496 Autoriz.:09/11/2023
Carteira.: 2791661 Validade.: 30/10/2024 Titular....: GEOVANNA LEITE
: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/11/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :					65,00	

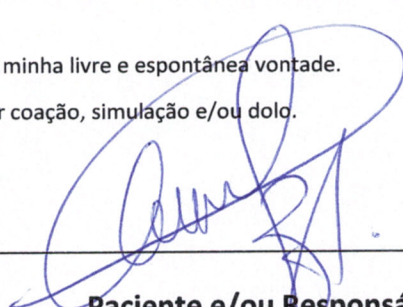
Total Geral: 95,64

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA.GOMES
09/11/2023 14:55:50

Atendimento: 1371782 Data do Atendimento: 09/11/2023
Prontuário: 843972 Nome: GEOVANNA LEITE
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/03/2009
RG: CPF: 14055196903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 30184112

Rua: ANNELIESE GELLERT KRIGSNER Numero 3202 CEP: 83065470
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791661
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VILMARA APARECIDA DA LUZ LEITE 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 : GEOVANNA LEITE, 14 ANOS

Início da Triagem: 14:52:27.

Fim da Triagem: 14:52:59.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO PÉ DIREITO.

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 69bpm FR: rpm Tax: 36.5°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 08/11/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Geovanna Leite
Nº da Carteira: 2.79.1661
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 12/03/2009

Nº da Guia: 14496

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/11/2023	08:40:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A Geovanna estava jogando basquete e se esbarrou com uma colega e torceu o pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marilei	09/11/2023

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

Fizemos o atendimento e colocamos gelo no local. Informamos a mãe do ocorrido e encaminhamos para o Hospital XV.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rogério Pereira De Santana

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/SIADT

2 - Nº Guia no Prestador **4792614**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS **000000**

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira **2791661**

9 - Validade da Carteira **30/10/2024**

10 - Nome **GEOVANNA LEITE**

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante

13 - Código de 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 - Caracter do Atendimento **2**

22 - Data da Solicitação **09/11/2023**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela **25 - Código do Procedimento** **26 - Descrição**

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

31 - Código CNES **3005585**

Dados do Contratado Específico

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

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qtd. **43 - Via** **44 - Têc.** **45 - Fator R/Acr** **46 - Valor Unitário** **47 - Valor Total**

1 09/11/2023 14:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1,0 65,00 65,00

Identificação do(a) Profissional(a) Específico(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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

5 - 7 - 8 - 9 - 10 -

1 - 2 - 3 - 4 -

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 CPME (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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 09/11/2023 14:55:40

Contato: 1395163

Atendimento: 1371782

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

16885162



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4792614

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
2791661

9 - Validade da Carteira
30/10/2024

10 - Nome
GEOVANNA LEITE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/11/2023

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 (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
1 09/11/2023 14:52 14:52 22

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 OPME (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

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

PRESCRIÇÃO.: 1556143 DATA: 09/11/2023 15:00
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1371782 DT NASC: 12/03/2009 (14A 7M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 843972 - GEOVANNA LEITE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/11/2023 14:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO 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:

1371782**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1371782 **Prontuário:** 843972 **SAME:** 843972 **Hora Atend:** 14:52 **Data Atend:**09/11/2023
Paciente..... : GEOVANNA LEITE **Idade:** 14 a
Endereço..... : ANNELIESE GELLERT KRIGSNER
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065470
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/11/2023 **Hora Saída :** 19:01

Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

ENTORSE TORNOZELO DIREITO EM JOGO DE FUTEBOL HOJE NO COLEGIO
FEZ GELOL
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE
ADM RESTRITA POR DOR, EDEMA DISCRETO
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL E MEDIAL E TOPOGRAFIA DE LIG TALOFIBULAR ANTERIOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO, DORSO DO PÉ OU CALCANEIO
NV PRESERVADO EM MID
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

ANALGESIA
CRIOTERAPIA
ROBOFOOT
REPOUSO ATIVIDADE FÍSICA
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE QUADRO E CONDUTA, RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO

Dr. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506/SBOT 14363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1371782

771026

Paciente.....: GEOVANNA LEITE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 09/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

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.

17 de Novembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639