

Atendimento: 1233731 - GIULIA PONTES DE SIQUEIRA Lote: 1468814 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GIULIA PONTES DE SIQUEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 1233731 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2115309 Validade.: 30/08/2022 Titular...: GIULIA PONTES DE SIQUEIRA
: MARIA DE LURDES DOS SANTOS

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	97,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,00
Total da Conta:						127,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
05/08/2022	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC 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
05/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
05/08/2022	GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700 30729130 FRATURA DE OSSO DO PÉ - TRATAMENTO CONSERVAD	CLINICO UND	100,00%	1	32,0000	32,00
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700 CLINICO					Total :	97,00
Total Geral:						127,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158367

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

2115309

30/08/2022

GIULLIA PONTES DE SIQUEIRA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

06

21523

41

225270

Dados da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

05/08/2022

DOR PE ESQ TORCAO EM INVERSAO HA 3 H JOGANDO BASQUETE, AMIGA PISOU NO PE E TORCEU, PAROU DE JOGA

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

11

2

Dados de Execução / Procedimento 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	05/08/2022	14:47	14:47	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1	1.0	55.00	55.00
2	05/08/2022	14:47	14:47	22	30729130	FRATURA DE OSSO DO PE - TRATAMENTO CONSERVADOR	001	1	1.0	32.00	32.00
3	05/08/2022	15:02	15:02	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001	1	1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 127.64

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\$) 127.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giulia Pontes de Siqueira

Nº da Carteira: 2.11.5309

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 12/02/2009

Nº da Guia: 7111



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/08/2022	11:30:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Esquerdo

Descrição
A aluna estava na aula de Educação Física, e outra aluna pisou em seu pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Fabiola	05/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Foi aplicado gelo no local e encaminhado para atendimento médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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 1233731

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2115309

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GIULIA PONTES DE SIQUEIRA

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
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
21523

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
3029130 Fricção excess do pé- to contusões.

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autent.
0

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qlde.
43 - Via
44 - Tec.

45 - % Rod / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)
48 - Seq. Real.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)



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

2 - Nº Guia no Prestador 1233731

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2115309

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GIULIA PONTES DE SIQUEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
21523

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
ou Item Especial
10101039
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
1 0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M
M M M M M M M M M M

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MARIA CRISTINA

Data/Hora: 05/08/2022 14:53:18

Contat.Cole

Atendimento: 1233731

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento.....: 1233731

688736

Paciente.....: GIULIA PONTES DE SIQUEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

Data do Exame.: 05/08/2022

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

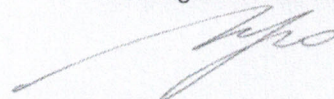
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

10 de Agosto de 2022

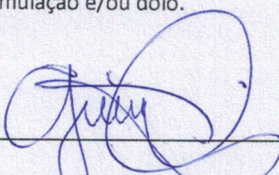
A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Pedrazzani".

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
05/08/2022 14:52:20

Atendimento: 1233731 Data do Atendimento: 05/08/2022
Prontuário: 806269 Nome: GIULIA PONTES DE SIQUEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 12/02/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 041 3037 2486 9908 2248
Rua: MARIA DE LURDES DOS SANTOS Numero 633 CEP: 83408315
Bairro: JARDIM CAMPO ALTO Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115309
Médico: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO CRM: 21523
Responsável: GISELI DE PONTES DE SIQUEIRA 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

3072 9130

ETIQUETA DO PACIENTE

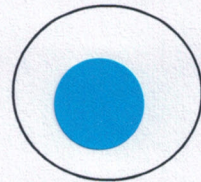
CRISTINA PONTES

Início da Triagem:

14 : 43 h

Final da Triagem:

14 : 45 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

Edema G.M.N. U. esquerda em PE (E) UA +1-03
horas.

PE (E)

→ Edema em dorso do PE
→ dor ao movimento

+ em tratamento p/
INFECÇÃO RESP.

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DCS PSIQUIÁTRICAS []
DC NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO [x] SIM [] QUAIS: _____

MUCs: /

SINAIS VITAIS:

PA : X mmHg FC 83 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 97 %

GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: _____ E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)  AMARELO (30 MINUTOS) 
VERDE (90 MINUTOS)  AZUL (120 MINUTOS) 

RISCOS

QUEDA: NÃO [x] SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

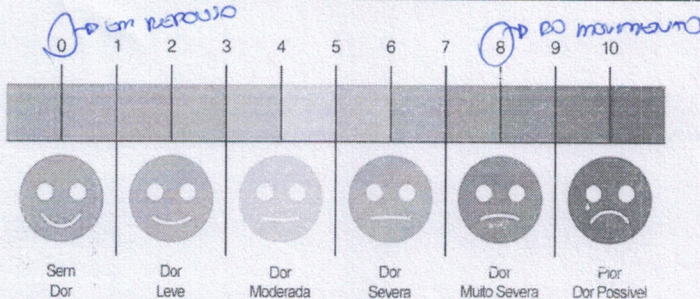
NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPJ/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____



Matheus Dallagrande Paraizo
Enfermeiro
Coren/PR 728052

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1233731 **Prontuário:** 806269 **SAME:** 806269 **Hora Atend:** 14:47 **Data Atend:** 05/08/2022
Paciente..... : GIULIA PONTES DE SIQUEIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : MARIA DE LURDES DOS SANTOS
Bairro..... : JARDIM CAMPO ALTO
Cidade..... : COLOMBO **UF...:** PR **CEP:** 83408315
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S936 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - PE
Data Saída..... : 05/08/2022 **Hora Saída :** 15:36
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

DOR PÉ ESQ
TORÇÃO EM INVERSÃO HÁ 3 H JOGANDO BASQUETE, AMIGA PISOU NO PÉ E TORCEU, PAROU DE JOGAR, DOR FACE LATERAL DO PÉ ESQ. USO DE GELO, NEGA MEDICAÇÃO NÃO APOIOU O PÉ.
HMP: AMOXACILINA E DECONGEX PARA IVAS BACTERIANA.

EXAME FISICO

EDEMA ++/4 DORSO LATERAL PÉ ESQ
DOR PALPAÇÃO BASE 5° MTT E DORSO LATERAL PÉ ESQ
COMPLEXO LIG MEDIAL E LATERAL SP
ADM DIMINUIDA
RX
GA NEG

DIAGNOSTICO

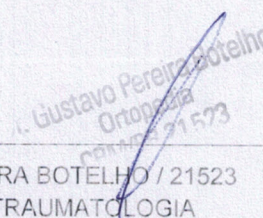
RX ARRANCAMENTO ÓSSEO EM BASE 5° MTT

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX ARRANCAMENTO ÓSSEO EM BASE 5° MTT

TRATAMENTO

ORIENTO GELO, PRESCREVO TRIPLO A, ORIENTO ROBOT FOOT, RET 2 SEM COM ESP DO PÉ


GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1398475 DATA: 05/08/2022 15:01
USUÁRIO.....: GUSTAVO.BOTELHO
ATENDIMENTO: 1233731 DT NASC: 12/02/2009 (13A 5M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 806269 - GIULIA PONTES DE SIQUEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/08/2022 14:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S936 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1233731

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP/OBLIQUA						

Jr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM: 21523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO
CRM: 21523