

Atendimento: 1488815 - INGRID FURLAN MOTA Lote: 1867965 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: INGRID FURLAN MOTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 23053 Validade.:11/11/2024
Senha.....: 23053 Autoriz.:11/11/2024
Carteira.: 2118543 Validade.: 22/02/2025 Titular...: INGRID FURLAN MOTA
: AVENIDA VISCONDE DE GUARAPUAVA DE 1496 A 2180

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	57,57	0,00	0,00	0,00	0,00	57,57
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						137,57

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/11/2024	40804038 ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
11/11/2024	40804046 COXA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	20,9000	20,90
Total :					57,57

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 137,57



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

2 - Nº Guia no Prestador **23053**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 11/11/2024	5 - Senha 23053	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23053									
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2118543	9 - Validade da Carteira 22/02/2025	10 - Nome INGRID FURLAN MOTA									
		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 HALAN GIRARDI PRESA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 19208									
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 11/11/2024	23 - Indicação Clínica NA ESCOLA TRAUMA DIRETO EM COXA A ESQ AGORA A TARDE									
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 11/11/2024	16:38	16:38	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 11/11/2024	17:28	17:28	22	40804038	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	001			1.0	36.67	36.67
3 11/11/2024	17:28	17:28	22	40804046	RX - COXA	001			1.0	20.90	20.90
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\$) 137.57	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\$) 137.57					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			68 - Assinatura do Contratado					

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ALINE.ANJOS
11/11/2024 16:40:49

Atendimento: 1488815 Data do Atendimento: 11/11/2024
Prontuário: 1029425 Nome: INGRID FURLAN MOTA
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 01/10/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992370111
Rua: AVENIDA VISCONDE DE GUARAPUAVA DE 1496 A 2180 Numero 2108 CEP: 80060060
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2118543
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ingrid Furlan Mota
Nº da Carteira: 2.11.8543
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 01/10/2015 Nº da Guia: 23053

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2024	15:04:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
A aluna correndo na aula de Ed.Física, chocou-se com o colega. Queixa-se de dor forte no local.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola	11/11/2024

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, colocado gelo no local. Avisada a família para encaminhamento hospitalar.

Ass.: _____
Rosemeri Alves da Paixão

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

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

Ricardo D. Araújo

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19708



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

2 - Nº Guia no Prestador **23053**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/11/2024		5 - Senha 23053	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23053	
8 - Número da Carteira 2118543		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome INGRID FURLAN MOTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Identificação 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 11/11/2024	
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 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 11/11/2024 16:38 16:38 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 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			
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			

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208 N



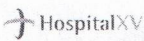
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **23053**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 11/11/2024		5 - Senha 23053	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23053	
8 - Número da Carteira 2118543		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome INGRID FURLAN MOTA		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 11/11/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
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 11/11/2024 16:38 16:38 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 <i>[Assinatura]</i>	
68 - Assinatura do Contratado			

DR. HAILAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208



PRESCRIÇÃO.: 1687415 DATA: 11/11/2024 17:28
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1488815 DT NASC: 01/10/2015 (9A 1M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1029425 - INGRID FURLAN MOTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/11/2024 16:38 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S700 CONTUSAO DO QUADRIL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

1488815

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	COXA (ESQUERDA)40804046	1						
2	ARTICULACAO COXO-FEMURAL (ESQUERDO) 40804038	1						

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

Atendimento.....	: 1488815	Prontuário: 1029425	SAME: 1029425	Hora Atend: 16:38	Data Atend:11/11/2024
Paciente.....	: INGRID FURLAN MOTA			Idade: 9 a	
Endereço.....	: AVENIDA VISCONDE DE GUARAPUAVA DE 1496 A 2180				
Bairro.....	: CENTRO				
Cidade.....	: CURITIBA				
Convênio.....	: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	: S700 - CONTUSAO DO QUADRIL				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: ALTA APOS CONSULTA				
Data Saída.....	: 11/11/2024				
Prestador da Evolução Médica: 34				HALAN GIRARDI PRESA	

HDA

NA ESCOLA TRAUMA DIRETO EM COXA A ESQ
AGORA A TARDE

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM COXA A ESQ
BOA MOBIDALDIE

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO COXA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO COXA

TRATAMENTO

AINES
GELO

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488815
Pedido.....: 842161
Paciente.....: INGRID FURLAN MOTA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DA COXA ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

29 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642