

Atendimento: 1441491 - ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK Lote: 1794345 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
Guia.....: 18634 Validade.:13/06/2024
Senha.....: 18634 Autoriz.:13/06/2024
Carteira.: 2792077 Validade.: 31/12/2024 Titular....: ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK
: RUA DAVID CAMPISTA

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
13/06/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
13/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	EDUARDO PELLEGRINO DA ROC - 40975 08741597923	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 **18634**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/06/2024		5 - Senha 18634	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18634	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792077		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK		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 EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 40975		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 13/06/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM 3º QDD HA 6 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITACAO FUNCIONAL.			
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 13/06/2024 19:31 19:31 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 13/06/2024 20:08 20:08 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 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\$) 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\$)			
115.58 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 115.58			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabella Belbet Wandembrock

Nº da Carteira: 2.79.2077

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 24/02/2014

Nº da Guia: 18634

Data da Ocorrência		Horário	Local	Atividade
13/06/2024		14:43:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu		Partes do corpo
Torção		3º Dedo Mão Direita

Descrição	
Aluna estava jogando basquete na aula de educação física, a bola bateu no dedo e torceu o dedo para trás. Consequentemente sente dor.	

Testemunha da ocorrência		Telefone
Colegas		(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros		Data
Paloma		13/06/2024

Local de atendimento		Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)		Rua XV de Novembro	222	Alto da XV	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações	
Aluna foi atendida com pomada e gelo no local. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.	

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 **18634**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/06/2024		5 - Senha 18634	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18634	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2792077		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK		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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/06/2024	
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 13/06/2024 19:31 19:31 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 Karina B. Wandembuck	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador **18634**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/06/2024		5 - Senha 18634	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18634	
8 - Número da Carteira 2792077		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK		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 13/06/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 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 13/06/2024			
37 - Hr. Inicial 19:31			
38 - Hr. Final 19:31			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 1.0			
45 - Fator R/Acr 80.00			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 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 Kaxira B. Wandembuck			
68 - Assinatura do Contratado			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1441491**Pedido.....:** 812956**Paciente.....:** ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI**Data do Exame.:** 13/06/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

17 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
13/06/2024 19:36:53

Atendimento: 1441491 Data do Atendimento: 13/06/2024
Prontuário: 1019983 Nome: ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 24/02/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA DAVID CAMPISTA Numero 900 CEP: 83045060
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2792077
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KARINA DE FATIMA CORREA BELBET W 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)**.

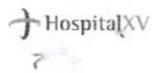
9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.

10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.

Karina B. Wandembuck

Paciente e/ou Responsável

1,22 4080 3120-32030126



PRESCRIÇÃO.: 1635469 DATA: 13/06/2024 20:07
USUÁRIO....: EDUARDO.ROSSI
ATENDIMENTO: 1441491 DT NASC: 24/02/2014 (10A 3M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1019983 - ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/06/2024 19:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1441491

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: AP + OBLQ + P DE 3º QDD						

Dr. Eduardo P. da Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40975 ROF-2011
EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
CRM: 40975

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1441491 **Prontuário:** 1019983 **SAME:** 1019983 **Hora Atend:** 19:31 **Data Atend:** 13/06/2024
Paciente..... : ISABELLA BELBET WANDEMBRUCK **Idade:** 10 a
Endereço..... : RUA DAVID CAMPISTA
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83045060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/06/2024 **Hora Saída :** 20:20

Prestador da Evolução Médica: 1286 **EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI**

HDA

TRAUMA DIRETO EM 3º QDD HÁ 6 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

EXAME FISICO

DOR À PALPAÇÃO DE 3º QDD, ASSOCIADO A AUMENTO DE VOLUME LOCAL
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO
SOLICITO RX DE MÃO DIR

DIAGNOSTICO

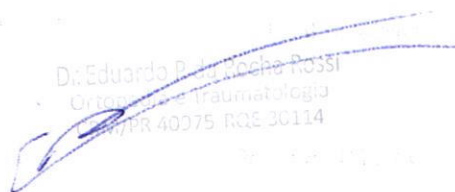
RX S/ SINAIS DE FX OU LX
CONTUSÃO EM DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX S/ SINAIS DE FX OU LX
CONTUSÃO EM DEDO

TRATAMENTO

ALIVIUM E TYLENOL + GELO + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO


Dr. Eduardo P. da Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
RPR 40975 RQE 30114

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA