

Atendimento: 1326249 - ISAC COSTA ALVES Lote: 1613626 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISAC COSTA ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 11886 Validade.:15/06/2023
Senha.....: 11886 Autoriz.:15/06/2023
Carteira.: 2782115 Validade.: 31/12/2023 Titular...: ISAC COSTA ALVES
: SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR

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
15/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 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
15/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

2 - Nº Guia no Prestador 11886

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	15/06/2023
5 - Senha	11886
6 - Data de Validade da Senha	11886
7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	11886

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
2782115	31/12/2023
10 - Nome	
ISAC COSTA ALVES	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RV	
N	

Dados do solicitante	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
KARLA MULLER CARVALHO	06	14115	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	15/06/2023	TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO DO 3º QDD HOJE.

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Pontos de Contato - Encarregado	
29 - Código na Operadora 76530518000107	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
04	9	1	

Dados de Execução / Processamento 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 15/06/2023	18:32	18:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 15/06/2023	18:58	18:58	22	40803120	RX - MÃO OU QUÍRODACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Envolvido(a)					
48-Sq. Ref.	49-Gr. Part	50-Cód na operadorx/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho
				54-UF	55-Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento 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\$)	95.64
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\$)	95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isac Costa Alves
Nº da Carteirinha: 2.78.2115
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/10/2012

Nº da Guia: 11886

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2023	17:22:00	Sala de Aula	Aula

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

Descrição
O aluno estava em aula quando firmou a mão na carteira sentindo uma forte dor no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Adriana Monitara	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Adriana Monitara	15/06/2023

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
O aluno foi atendido pela monitora, que fez os primeiros atendimento no local lesionado, e foi ligado para os pais e encaminhado para o hospital de referencia.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Gleice Oliveira

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 998770

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 15/06/2023	5 - Senha 998770	6 - Data de Validade da Senha
---------------------------------------	---------------------	-------------------------------

8 - Número da Carteira 2782115	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome ISAC COSTA ALVES	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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/06/2023	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)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 15/06/2023 18:32 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)	
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CNP 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\$) 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 Médicinas (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: SAMANTHA OLUSTAN		
Data/Hora: 15/06/2023 18:34:21		
Contabilize: 1613526		
Atendimento: 1326249		
Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		

Atendimento.....: 1326249

Pedido.....: 744048

Paciente.....: ISAC COSTA ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 15/06/2023

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO 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.

19 de Junho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
15/06/2023 18:34:35

Atendimento: 1326249 Data do Atendimento: 15/06/2023
Prontuário: 998770 Nome: ISAC COSTA ALVES
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 25/10/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995197687

Rua: SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR Numero 275 CEP: 83330360
Bairro: PRIVE BOIS DE BOULOGNE Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782115
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALINE FERREIRA COSTA 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326249 **Prontuário:** 998770 **SAME:** 998770 **Hora Atend:** 18:32 **Data Atend:** 15/06/2023
Paciente..... : ISAC COSTA ALVES **Idade:** 10 a
Endereço..... : SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR
Bairro..... : PRIVE BOIS DE BOULOGNE
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83330360
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..... : 15/06/2023 **Hora Saída :** 19:17
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

TRAUMA EM HIPEREXTENSÃO DO 3° QDD HOJE.

EXAME FISICO

SEM EDEMA
DOR LEVE A PALP DA IFP
ADM AMPLA
RX- SP

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE DEDO

TRATAMENTO

TALA DE AL ANALGÉSICA
ALIVIUN 400


KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1503473 DATA: 15/06/2023 18:58
USUÁRIO.....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1326249 DT NASC: 25/10/2012 (10A 7M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998770 - ISAC COSTA ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2023 18:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO 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:

1326249

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)	1					
Obs.: 3° QDD AP/P						



KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115