

Atendimento: 1378780 - ISADORA PAULINO DE SOUZA Lote: 1696129 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA PAULINO DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 14925 Validade.:30/11/2023
Senha.....: 14925 Autoriz.:30/11/2023
Carteira.: 3302853 Validade.: 01/02/2025 Titular.: ISADORA PAULINO DE SOUZA
: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	36,56	0,00	0,00	0,00	0,00	36,56
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	81,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,00
Total da Conta:						148,20

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/11/2023	08002517 ATADURA ALGODAO ORT.15CMX1,80M CREMER	RL	1	9,0389	9,04
30/11/2023	08002523 ATADURA GESSADA 10CMX3M CREMER	RL	2	11,1060	22,21
30/11/2023	08002608 ATADURA CREPE 10CMX1,80M 13 F.CREMER	RL	2	2,3985	4,80
30/11/2023	08002774 MALHA TUBULAR 06CM X 25M NEVE	CM	30	0,0170	0,51
Total :					36,56

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/11/2023	40803112 PUNHO 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
30/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
30/11/2023	30712092 LUVA	ATO	100,00%	1	16,0000	16,00
	KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO				
Total :						81,00

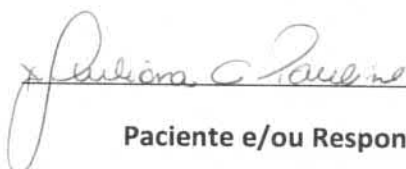
Atendimento: 1378780 - ISADORA PAULINO DE SOUZA Lote: 1696129 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 148,20

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
30/11/2023 17:10:50

Atendimento: 1378780 Data do Atendimento: 30/11/2023
Prontuário: 1007653 Nome: ISADORA PAULINO DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 08/01/2013
RG: CPF: 14177496952 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 96209522
Rua: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS Numero 477 CEP: 80820430
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302853
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: JULIANA PAULINO 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isadora Paulino de Souza
Nº da Carteirinha: 3.30.2853
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 08/01/2013

Nº da Guia: 14925

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/11/2023	15:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluna escorregou na quadra e apoiou o braço no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rosangela Amaro	3028-5400

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
Aluna disse não conseguir movimentar o braço normalmente

Ass.:

Paulo Henrique Batista Dias

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 14925

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
30/11/2023

5 - Senha

14925

6 - Data de Validade da Senha

14925

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
3302853

9 - Validade da Carteira
01/02/2025

10 - Nome
ISADORA PAULINO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atribuição 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 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
30/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 30/11/2023 17:07 17:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)

48 - Sd. 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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

59 - 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 do 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 14925

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 30/11/2023		5 - Série 14925	
6 - Data de Validade da Série 30/11/2023		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14925	
8 - Número da Carteira 3302853		9 - Validade da Carteira 01/02/2025	
10 - Nome ISADORA PAULINO DE SOUZA		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 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação 30/11/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql Solic.		28 - Ql Autoriz.	
Dados do Contratado Essencial			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 30/11/2023 17:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00		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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ISADORA PAULINO DE SOUZA 10 ANOS

Início da Triagem: 17:03:26.

Fim da Triagem: 17:05:28.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUE ESCORREGOU NA QUADRA NA ESCOLA HOJE, TRAUMA EM
MSE PUNHO/BRAÇO

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 30/11/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1564783 DATA: 30/11/2023 17:31
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1378780 DT NASC: 08/01/2013 (10A 10M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1007653 - ISADORA PAULINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/11/2023 17:07 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.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1378780

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA TIPO LUVA ADULTO	1					[30/11] . 17:31
-> ATADURA CREPE 10CM X 1,80M 13 FIOS UND	3	UNIDADE				
-> N.P. ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 12CM X 1,80M UND	1	UNIDADE				
-> ATADURA GESSADA 10CM X 3M UND	2	UNIDADE				
-> MALHA TUBULAR 06CM X 25M CM	30	CENTIMETRO				
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	40	CENTIMETRO				

②

KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Período de 30/11/2023 a 30/11/2023

Atendimento: **1378780 ISADORA PAULINO DE SOUZA** Nascimento: 08/01/2013
Mãe: JULIANA PAULINO
Internação: 30/11/2023 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00658115 Data: 30/11/2023 Hora: 18:33

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO PARA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA SOLICITADO GESSO EM MEMBRO REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADA APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

- 02 ATADURA DE CREPE 10 CM
- 01 ATADURAS DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 12 CM
- 02 ATADURAS GESSADAS 10 CM
- 30 CM MALHA TUBULAR 6 CM
- 60 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
COREN: PR 001.916.992

1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1378780 **Prontuário:** 1007653 **SAME:** 1007653 **Hora Atend:** 17:07 **Data Atend:** 30/11/2023
Paciente..... : ISADORA PAULINO DE SOUZA **Idade:** 10 a
Endereço..... : VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80820430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 30/11/2023 **Hora Saída :** 18:09

Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

QUEDA SOBRE PUNHO ESQ NA ESCOLA. HOJE.

EXAME FISICO

AUMJENTO DE VOL
DOR A PALP DO RÂDIO DISTAL
DOR A PRONO-SUP

DIAGNOSTICO

FRAT DE RÂDIO DISTAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE RÂDIO DISTAL

TRATAMENTO

TALA GESSADA
IBUPROFENO 400
AGENDAR RETORNO EM 2 SEM COM ANDRÉA

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1378780
775198

Paciente.....: ISADORA PAULINO DE SOUZA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 30/11/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Discreta irregularidade óssea na metáfise distal do rádio, podendo estar relacionada a traço de fratura.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

12 de Dezembro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639