

Atendimento: 1383010 - ISADORA PAULINO DE SOUZA Lote: 1702781 - 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.: 14925001 Validade.: 14/12/2023
Senha.: 14925001 Autoriz.: 14/12/2023
Carteira.: 3302853 Validade.: 01/02/2025 Titular.: ISADORA PAULINO DE SOUZA
: VEREADOR ANTENOR PAMPHILO DOS SANTOS

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Fiime	Total
FAXAS	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	43,00
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						108,00

FAXAS

298 AMBULATORIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02000018 TAXA DE SALA DE GESSO	UND	100,00%	1	43,0000	43,00
Total :					43,00

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/12/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO) KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 108,00



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		14925001	
3 - Código na Operadora			
76530518000107			
4 - Nome do Contratado			
HOSPITAL XV LTDA			
5 - Código ONES			
3005585			
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtd. 13-Unidade 14-Fator Red. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$			
17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante 19-Nº Autorização de Funcionamento			
20 - Descrição			
TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE COLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA			
21 - Total de Gases Médicos (R\$)			
0.00			
22 - Total de Medicamentos (R\$)			
0.00			
23 - Total de Materiais (R\$)			
0.00			
24 - Total de OPMs (R\$)			
0.00			
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
43.00			
26 - Total de Diárias (R\$)			
0.00			
27 - Total Geral (R\$)			
43.00			

Impresso por: ELIAN RODRIGUES

Data/Hora: 05/02/2024 16:29:05

ContatLote: 1702781

Atendimento: 1383010

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1702781



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

2 - Nº Guia no Prestador 14925001

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 14/12/2023	5 - Série 14925001	6 - Data de Validade da Seme 14925001	7 - Número da Guia Autorizada 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 N
-----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 14115
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado			
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 14/12/2023	23 - Indicação Clínica FRAT DE RADIO DISTAL DIA 30/12/23. TTO COM TALA GESSADA.	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Atendimento			
27 - Ql Solic 28 - Ql Autoriz	29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Dano Relacionado)	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 14/12/2023 08:45 22 1010102 CONSULTA EM CONSULTÓRIO DO HOSPITAL NORMAL DE PEDI	42-Qtd. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 65,00 1,0 65,00	48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho	54 - UF 55 - Código CBO	56 - Observação / Justificativa	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total do Material (R\$) 62 - Total de OpME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Total de Procedimentos (R\$) 70 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 71 - Total do Material (R\$) 72 - Total de OpME (R\$) 73 - Total de Medicamentos (R\$) 74 - Total de Gases Medicinais (R\$) 75 - Total Geral (R\$) 76 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	78 - Assinatura do Contratado	79 - Total de Procedimentos (R\$) 80 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 81 - Total do Material (R\$) 82 - Total de OpME (R\$) 83 - Total de Medicamentos (R\$) 84 - Total de Gases Medicinais (R\$) 85 - Total Geral (R\$) 86 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	88 - Assinatura do Contratado	89 - Total de Procedimentos (R\$) 90 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 91 - Total do Material (R\$) 92 - Total de OpME (R\$) 93 - Total de Medicamentos (R\$) 94 - Total de Gases Medicinais (R\$) 95 - Total Geral (R\$) 96 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	98 - Assinatura do Contratado	99 - Total de Procedimentos (R\$) 100 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 101 - Total do Material (R\$) 102 - Total de OpME (R\$) 103 - Total de Medicamentos (R\$) 104 - Total de Gases Medicinais (R\$) 105 - Total Geral (R\$) 106 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	108 - Assinatura do Contratado	109 - Total de Procedimentos (R\$) 110 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 111 - Total do Material (R\$) 112 - Total de OpME (R\$) 113 - Total de Medicamentos (R\$) 114 - Total de Gases Medicinais (R\$) 115 - Total Geral (R\$) 116 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	118 - Assinatura do Contratado	119 - Total de Procedimentos (R\$) 120 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 121 - Total do Material (R\$) 122 - Total de OpME (R\$) 123 - Total de Medicamentos (R\$) 124 - Total de Gases Medicinais (R\$) 125 - Total Geral (R\$) 126 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	128 - Assinatura do Contratado	129 - Total de Procedimentos (R\$) 130 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 131 - Total do Material (R\$) 132 - Total de OpME (R\$) 133 - Total de Medicamentos (R\$) 134 - Total de Gases Medicinais (R\$) 135 - Total Geral (R\$) 136 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	138 - Assinatura do Contratado	139 - Total de Procedimentos (R\$) 140 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 141 - Total do Material (R\$) 142 - Total de OpME (R\$) 143 - Total de Medicamentos (R\$) 144 - Total de Gases Medicinais (R\$) 145 - Total Geral (R\$) 146 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1702781

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isadora Paulino de Souza

Nº da Carteira: 3.30.2853

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 08/01/2013

Nº da Guia: 14925.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/12/2023	10:08:17	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluna escorregou na quadra e apoiou o braço no chão.

Testemunha da ocorrência

Rosângela Amaro

Telefone

3028-5400

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Consulta de retorno para avaliação.

Ass.:

Bruna 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://siscomas.unb.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

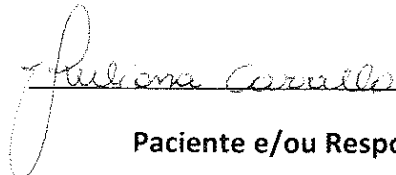
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
14/12/2023 08:49:10

Atendimento: 1383010 Data do Atendimento: 14/12/2023
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: KARLA MULLER CARVALHO CRM: 14115
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

PRESCRIÇÃO.: 1569852 DATA: 14/12/2023 09:22
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1383010 DT NASC: 08/01/2013 (10A 11M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1007653 - ISADORA PAULINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/12/2023 08:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1383010*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****PROCEDIMENTOS MEDICOS**

1 C.C. RETIRADA DE GESSO

Obs.: TALA GESSADA

|-> SERRA PARA GESSO

Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1					[14/12]	09:22

1 UNIDADE

KARLA MULLER CARVALHO
ORTODONTIA
CRM 14115KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Período de 14/12/2023 a 14/12/2023

Atendimento: 1383010 ISADORA PAULINO DE SOUZA

Nascimento: 08/01/2013

Mãe: JULIANA PAULINO

Internação: 14/12/2023 CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço:

Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00660400

Data: 14/12/2023

Hora: 09:33

CLIENTE ADMITIDO NO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE RETORNO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA REALIZADO
RETIRADA DE GESSO, CONFORME PRESCRIÇÃO. LIBERADO APÓS COM RECEITA E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

Aristela Analia Chaves

Técnico em Enfermagem

CONTRATO 1066070

1043 ARISTELA ANALIA CHAVES

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1066070

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1383010 Prontuário: 1007653 **SAME:** Hora Atend: 08:45 Data Atend: 14/12/2023
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..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/12/2023 Hora Saída : 09:44
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

FRAT DE RÁDIO DISTAL DIA 30/12/23. TTO COM TALA GESSADA.

EXAME FISICO

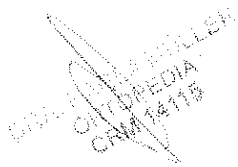
RETIRO TALA
SEM EDEMA
SEM DOR A PALP

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE PUNHO

TRATAMENTO

FICA LIVRE
RETORNO GRADUAL ÀS ATIVIDADES.


KARLA MULLER CARVALHO
CRM 14115
ORTOPEDIA

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA