

Atendimento: 1409520 - ISADORA SIMON COSTA Lote: 1744669 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA SIMON COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.: 15891 Validade.: 12/03/2024
Senha.: 15891 Autoriz.: 12/03/2024
Carteira.: 2781274 Validade.: 12/12/2024 Titular.: ISADORA SIMON COSTA
: ALBERTO BOLLIGER

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	63,44	0,00	0,00	0,00	0,00	63,44
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						128,44

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/03/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	31,7200	63,44
Total :					63,44

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 128,44



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

2 - Nº Guia no Prestador 15891

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
12/03/2024

5 - Setor
15891

8 - Número da Carteira
2781274

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
ISADORA SIMON COSTA

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
ABNER ALVES FERREIRA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45201

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2024

23 - Indicação Clínica
QMN HOJE NA ESCOLA COM ENTORSE DE JOELHO DIREITO. QUEIXA-SE DE SENSACAO QUE JOELHO SAIU DO LUGAR

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - QI Solic. 28 - QI 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

Dados de Execução, Procedimentos e Valores Realizados											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 12/03/2024	13:03	13:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	301			1.0	65.90	65.90
2 12/03/2024	17:18	17:18	22	40804062	PX - ENFERM.	301			1.0	31.72	31.72
3 12/03/2024	17:18	17:18	22	40804062	PX - ENFERM.	301			1.0	31.72	31.72

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 Setor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 128.44 60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 128.44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1409520

Patologia.....: 793625

Paciente.....: ISADORA SIMON COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 12/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

20 de Março de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1409520

Perícia.....: 793625

Paciente.....: ISADORA SIMON COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 12/03/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

21 de Marco de 2024

Dr(a). ECTORE VICTOR BARROS VOLPATO
CRM 41432

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isadora Simon Costa
Nº da Carteirinha: 2.78.1274
Instituição: Colégio Adventista Pínhais



Data de Nascimento: 22/10/2010

Nº da Guia: 15891

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/03/2024	15:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluna estava fazendo atividade de educação física , quando houve a torção do joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Tatiana	(41) 3097-7450

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 foi atendida na coordenação disciplinar, foi aplicado gelo pela professora e gelo no local afetado, foi comunicado a responsável e orientada a encaminhar no hospital de referência.

Ass.:

Simone Velho

cl

Fábio Bittencourt Machado

Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

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 15891

Folha: 1 / 1

1 - Registro AFS
000000

4 - Data de Autorização
12/03/2024

5 - Semana
15891

6 - Data de Validade da Semana
15891

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora
15891

8 - Número da Carteira
2781274

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
ISADORA SIMON COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN
N

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome da Instituição Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Almeria Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM/R 45203

21 - Causa de Afastamento
2

22 - Data da Solicitação
12/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Indicação
Item Assistencial

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

27 - Qr. Sorte
28 - Qr. Autoriz

Dados do Contratado Encarregado

29 - Local na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Atendimento (excluir ou deixar reservada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - H. Inicial 38 - H. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
12/03/2024 07:00 17:00 22 2001239 CONEXITA EM PRONTO SOFORO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Valor R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
05 1.0 65.00

Identificação do Profissional Encarregado

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 da Realização do Procedimento em Sp/Pr

57 - Assinatura do Sanitário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Valor do Procedimento (R\$)
65.00

60 - Valor de Taxa de Acesso (R\$)
0.00

61 - Total de Material (R\$)
0.00

62 - Taxa de Material (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Custos Médicos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KOTI ALB SANTOZA

Carimbo: 12/03/2024 11:08:24

Carimbo: 12/03/2024 11:08:24

Assinatura: 14/03/2024

Carimbo: CLINICA AMERICA LEE QUINHOA

*174400004



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

2 - N° Guia no Prestador 15891

Folha: 1 / 1

1 - Registro AIS
000000

4 - Data de Autuação 12/03/2024 5 - Série 15891 6 - Data de Vencimento da Série 15891

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 2781274 8 - Vencimento da Carteira 12/12/2024 9 - Nome ISADORA SIMON COSTA 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

12 - Código do Operador 76530518000107 13 - Nome do Contratado HOSPITAL XLV LTA

14 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA 15 - Conselho Profissional 06 16 - Número de Conselho 0000 17 - UF 41 18 - CNPJ CRO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Abner Ferreira Médico - Hospital XV CRM-PR 45201

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 12/03/2024 23 - Indicação Clínica 24 - Título 25 - Código de Procedimento ou 26 - Descrição 27 - Q1 Solic. 28 - Q2 Autor

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107 30 - Nome do Contratado HOSPITAL XLV LTA 31 - Código CUBS 3005685

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Atendimento ou Alteração Relatada 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Inicial 38 - Inicial 39 - Final 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Q1de 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1 12/03/2024 11:03 17:02 22 30001039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 40.00 60.00 60.00

Assinatura do(a) Profissional (Executante)

48 - Sig. Ref. 49 - G1-Parte 50 - Cód na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CRO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

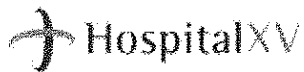
58 - Chequeado / Autenticado

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Taxa de Taxa e Autuação (R\$) 61 - Taxa de Matrícula (R\$) 62 - Taxa de CROE (R\$) 63 - Total do Atendimento (R\$) 64 - Total da Guia Médica (R\$) 65 - Taxa de Cota (R\$) 65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura da Beneficiária ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

KEITIANE BARBOZA
12/03/2024 17:05:15

Atendimento: 1409520 Data do Atendimento: 12/03/2024
Prontuário: 1013262 Nome: ISADORA SIMON COSTA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 22/10/2010
RG: CPF: 14685543955 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: ALBERTO BOLLIGER Numero 279 CEP: 80030280
Bairro: JUVEVE Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781274

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: HEGON CLAUDINO COSTA Parentesco: IRMAO

- 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ISADORA SIMOM COSTA

Início da Triagem: 16:56:56.

Fim da Triagem: 16:59:17.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE RELATA QUE ESTAVA NA EDUCAÇÃO FÍSICA E FOI JOGAR A BOLA E O JOELHO SAIU DO LUGAR, SENTINDO DOR.

Comorbidades: DM .

MUC: GLIFAGE

ALERGIAS: GLUTEN

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: bpm

FR: rpm

Tax: °C

SatO2: 97%

ECG:

Dor:

Data: 12/03/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1601271 DATA: 12/03/2024 17:18
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1409520 DT NASC: 22/10/2010 (13A 4M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1013262 - ISADORA SIMON COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/03/2024 17:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...:

1409520

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1					
2 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					

Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1409520 **Prontuário:** 1013262 **SAME:** 1013262 **Hora Atend:** 17:03 **Data Atend:** 12/03/2024
Paciente..... : ISADORA SIMON COSTA **Idade:** 13 a
Endereço..... : ALBERTO BOLLIGER
Bairro..... : JUVEVE
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80030280
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 12/03/2024 **Hora Saída** : 18:32
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

QMN HOJE NA ESCOLA COM ENTORSE DE JOELHO DIREITO. QUEIXA-SE DE SENSÇÃO QUE JOELHO SAIU DO LUGAR E DOR LOCAL

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DE TENDÃO PATELAR. APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO, ADM LIMITADA POR DOR, NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

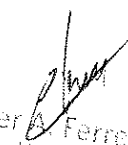
RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA;
ENTORSE DE JOELHO;

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA;
ENTORSE DE JOELHO;

TRATAMENTO

SOLICITO RADIOGRAFIA CONTRALATERAL PARA COMPARAÇÃO DE EPIFISES;
ORIENTO USO DE BRACE DE JOELHO POR 4 SEMANAS. SOLICITO RNM E ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDISTA DE JOELHO.


Dr. Abner A. Ferreira
Médico - Hospital XV
CRM-PR 45221

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA