

Atendimento: 1524593 - IZABELLA MARTINS ULANOSKI Lote: 1923111 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: IZABELLA MARTINS ULANOSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
Guia.....: 24560003 Validade.:04/04/2025
Senha.....: 24560003 Autoriz.:04/04/2025
Carteira.: 24560 Validade.: 22/02/2026 Titular....: IZABELLA MARTINS ULANOSKI
: FERNANDO DE NORONHA

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

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
13/03/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/03/2025	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO EDUARDO PELLEGRINO DA ROC - 40975 08741597923	CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
				Total :		80,00
Total Geral:						115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **24560003**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 04/04/2025		5 - Senha 24560003	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24560003	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 24560		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome IZABELLA MARTINS ULANOSKI		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 1		22 - Data da Solicitação 04/04/2025	
23 - Indicação Clínica 22/02/25 - FX MLL WA DIR EM TTO CONSERVADOR COM ROBOFOOT C/ CARGA SEM QUEIXAS. UTILIZANDO ROBOFOC			
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) 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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 13/03/2025 14:03 14:03 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00			
2 13/03/2025 14:10 14:10 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 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 RETORNO

Aluno: Izabella Martins Ulanoski
Nº da Carteira: 3.6.7270
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 20/10/2008

Nº da Guia: 24560.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/03/2025	11:54:14	Quadra	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita, Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição
Torceu o tornozelo em atividade escolar. Sente dores. Data da ocorrência, dia 22/02/2025.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pastor Wenderson	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Diretor Pablo	24/02/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno
Autorizado retorno para hoje, dia 13/03/2025.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **5616775**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 24560		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome IZABELLA MARTINS ULANOSKI		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 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 13/03/2025	
23 - Indicação Clínica		CRM/PR 40975	
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) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 13/03/2025		37 - Hr. Inicial 14:03	
38 - Hr. Final 14:03		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101012		41 - Descrição CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1,0	
44 - Tec. 80,00		45 - Fator R/Acr 80,00	
46 - Valor Unitário 80,00		47 - Valor Total 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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1 - 13/03/2025 2 - 14/03/2025		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - 13/03/2025 4 - 14/03/2025	
58 - Observação / Justificativa		59 - Assinatura do Contratado	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
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 Medicinas (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Dr. Eduardo P da R Rossi
MÉDICO

CRM/PR 40975

PRESCRIÇÃO.: 1726929 DATA: 13/03/2025 14:10
USUÁRIO....: EDUARDO.ROSSI
ATENDIMENTO.: 1524593 DT NASC: 20/10/2008 (16A 4M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001576 - IZABELLA MARTINS ULANOSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/03/2025 14:03 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1524593*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089	1						

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
CRM: 40975

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1524593 **Prontuário:** 1001576 **SAME:** **Hora Atend:** 14:03 **Data Atend:** 13/03/2025
Paciente..... : IZABELLA MARTINS ULANOSKI
Idade: 16 a
Endereço..... : FERNANDO DE NORONHA
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82640350
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/03/2025 **Hora Saída :** 14:28

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

HDA

22/02/25 - FX MLL WA DIR EM TTO CONSERVADOR COM ROBOFOOT C/ CARGA
SEM QUEIXAS. UTILIZANDO ROBOFOOT CORRETAMENTE.

EXAME FISICO

DEAMBULA COM CARGA TOTAL, LEVE CLAUDICAÇÃO
AUSENCIA DE DOR
ADM AMPLA
NV PRESERVADO
SOLICITO RX DE TORNOZELO DIR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX S/ PERDA DE REDUÇÃO C/ SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO
FX MLL WA DIR

TRATAMENTO

MANTER ROBOFOOT + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO EM 2 SEM

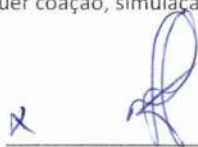
Dr. Eduardo P. da Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40975 RQE 30114

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

AMBULATORIO
AMBULATORIOSSABRINA.SILVA
13/03/2025 14:06:48

Atendimento: 1524593 Data do Atendimento: 13/03/2025
Prontuário: 1001576 Nome: IZABELLA MARTINS ULANOSKI
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 20/10/2008
RG: CPF: 08705002958 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 32574856
Rua: FERNANDO DE NORONHA Numero 933 CEP: 82640350
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 24560
Médico: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI CRM: 40975
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

Atendimento.....: 1524593
Pedido.....: 884475
Paciente.....: IZABELLA MARTINS ULANOSKI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
Data do Exame.: 13/03/2025

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Sinais de fratura da extremidade distal do maleolo lateral.

Demais estruturas e densidades normais dos elementos ósseos visualizados.

17 de Marco de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639