

Atendimento: 1356470 - IZABELLA MARTINS ULANOSKI Lote: 1661071 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: IZABELLA MARTINS ULANOSKI

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421

Guia.....: 12661002    Validade.:03/10/2023

Senha.....: 12661002    Autoriz.:03/10/2023

Carteira.: 367270    Validade.: 30/12/2023    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 | 30,64     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 30,64 |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 30,64 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278    RAIOS X

| Data         |  | Procedimento / Prestador - CRM - CPF             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------|--|--------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 22/09/2023   |  | 40804089    ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) | EXAME       | 1    | 30,6400     | 30,64    |
|              |  | PAULO ROBERTO MACIEL - 25329    04404948930      |             |      |             |          |
| Total :      |  |                                                  |             |      |             | 30,64    |
| Total Geral: |  |                                                  |             |      |             | 30,64    |



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

2 - Nº Guia no Prestador 12661002

Folha: 1 / 1

|                                       |                              |                                |                                             |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal | 6 - Data de Validade da Serihe | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora |
| 4 - Data de Autorização<br>03/10/2023 | 5 - Serihe<br>12661002       | 12661002                       | 12661002                                    |

|                                  |                                        |                                        |                                         |                            |
|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 8 - Número da Carteira<br>367270 | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2023 | 10 - Nome<br>IZABELLA MARTINS ULANOSKI | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                                            |                                  |                                             |               |                           |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                                       |                                  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |               |                           |                                             |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                 | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>38421            | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR |                                  |                                             |               |                           |                                             |

|                                                           |                                                     |                                                   |                |                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |                                                     | 23 - Indicação Clínica                            |                |                  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                          | 22 - Data da Solicitação<br>03/10/2023              | RETORNO REAVALIACAO 6 SEMANAS EVOLUCAO FRATURA ML |                |                  |
| 24 - Tabela                                               | 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial | 26 - Descrição                                    | 27 - Ql Solic. | 28 - Ql Autoriz. |

|                                            |                                             |                             |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|--|
| Dados do Contratado Executante             |                                             | 31 - Código CNES<br>3005585 |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |                             |  |

|                                                                                        |                                                             |                            |  |                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| Dados do Atendimento                                                                   |                                                             | 34 - Tipo de Consulta<br>2 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                            | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 9                          |  |                                            |  |
| Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados                                   |                                                             |                            |  |                                            |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição |                                                             |                            |  |                                            |  |
| 1 22/09/2023 08:54 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)               |                                                             |                            |  |                                            |  |
| 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total    |                                                             |                            |  |                                            |  |
| 001 30.64 30.64                                                                        |                                                             |                            |  |                                            |  |

|                                                    |  |                    |  |                           |  |                           |  |                 |  |
|----------------------------------------------------|--|--------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|-----------------|--|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |  | 52 - Conselho Prof |  | 53 - Número no Conselho   |  | 54 - UF                   |  | 55 - Código CBO |  |
| 48 - Sq. Ref.                                      |  | 49 - Gr. Part      |  | 50 - Cód na operadora/CPF |  | 51 - Nome do Profissional |  |                 |  |

|                                                                                                  |  |     |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-----|--|------|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  | 5 - |  | 7 - |  | 9 -  |  |
| 1 -                                                                                              |  | 3 - |  | 6 - |  | 8 -  |  |
| 2 -                                                                                              |  | 4 - |  |     |  | 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\$) |  |
|                                                 |  | 30.64                                          |  | 0.00                                 |  | 0.00                          |  | 0.00                     |  | 0.00                             |  | 0.00                                 |  | 30.64                  |  |
| 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 - EIEFM



**Data de Nascimento:** 20/10/2008

**Nº da Guia:** 12661.002

| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 21/09/2023      | 15:28:49 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito |

## Descrição

Aluna estava saindo do ginásio de esportes após a aula de educação física, quando virou o pé direito, não sendo a primeira torção na mesma região.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor Ricardo        | (41) 3028-5440 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Janaina                         | 10/08/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Motivo do Retorno

Conforme solicitado à responsável que retornasse após 45 dias, encaminhamos retorno para avaliação na retirada da bota ortopédica. Agendado para 22/09/2023, às 8:30.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira  
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

Dr. Ricardo S. Falavinha Jr  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 38421

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Atendimento.....: 1356470  
Pedido.....: 762064  
Paciente.....: IZABELLA MARTINS ULANOSKI  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR  
Data do Exame.: 22/09/2023

## RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

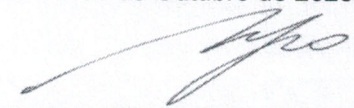
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

**Os seguintes aspectos foram observados:**

Edema de partes moles.

Imagem compatível com fratura do maleolo fibular.

01 de Outubro de 2023

  
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779

Atendimento: 1356470 Data do Atendimento: 22/09/2023  
Prontuário: 1001576 Nome: IZABELLA MARTINS ULANOSKI  
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 20/10/2008  
RG: CPF: 08705002958 Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: FERNANDO DE NORONHA Numero 933 CEP: 82640350  
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367270  
Médico: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR CRM: 38421  
Responsável: DAIANE FLAVIA MARTINS DE ALMEIDA 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..... : 1356470    Prontuário: 1001576    SAME:    Hora Atend: 08:44    Data Atend: 22/09/2023  
Paciente..... : IZABELLA MARTINS ULANOSKI    Idade: 14 a  
Endereço..... : FERNANDO DE NORONHA  
Bairro..... : SANTA CANDIDA    UF.: PR    CEP: 82640350  
Cidade..... : CURITIBA    Plano...: UNICO  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
CID Principal..... : Z479 - SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO    Hora Saída : 09:12  
Data Saída..... : 22/09/2023  
Prestador da Evolução Médica: 1165    RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

**HDA**

RETORNO REAVALIACAO  
6 SEMANAS EVOLUCAO FRATURA ML

**EXAME FISICO**

SEM QUEIXAS ALGICAS  
ADM DF 20 PF 40

**DIAGNOSTICO**

FRATURA CONSOLIDADA ML

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

FRATURA CONSOLIDADA ML

**TRATAMENTO**

RETIRO ROBOFOOT  
RETORNO EM 6 SEMANAS

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1538562 DATA: 22/09/2023 08:53  
USUÁRIO.....: RICARDO.FALAVINHA  
ATENDIMENTO: 1356470 DT NASC: 20/10/2008 (14A 11M 11D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1001576 - IZABELLA MARTINS ULANSKI  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 22/09/2023 08:44 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR SERVIÇO:  
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: Z479 SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1356470\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR  
CRM: 38421