

Atendimento: 1347683 - IZABELLA MARTINS ULANOSKI Lote: 1647368 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: IZABELLA MARTINS ULANOSKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 12661001 Validade.:05/09/2023
Senha.....: 12661001 Autoriz.:05/09/2023
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

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00		65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/08/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
25/08/2023	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRESTA ATO) RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907	CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 12661001

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 05/09/2023	5 - Senteia 12661001	6 - Data de Validade da Senteia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12661001
---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 367270	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome IZABELLA MARTINS ULANSKI	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 RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38421	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 05/09/2023	23 - Indicação Clínica RETORNO REAVALIACAO 2 SEMANAS EVOLUCAO FRATURA ML	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.
---	-----------------------------------	--	---	----------------	------------------

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

Dados do Contrato 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)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 25/08/2023 10:27 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 2 25/08/2023 10:34 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	42-Qlde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 65.00 001 30.64 30.64
---	---	---

Identificação do(a) 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
--	---

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 95.64
---------------------------------	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

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 Carteirinha: 3.6.7270
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 20/10/2008

Nº da Guia: 12661.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/08/2023	08:22:28	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 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Solicitação de retorno na data de 25/08/2023, às 10:45. Atendimento com Dr. Ricardo Falavinha.

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1347683

Pedido.....: 1347683

Paciente.....: IZABELLA MARTINS ULANOSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

Data do Exame.: 25/08/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

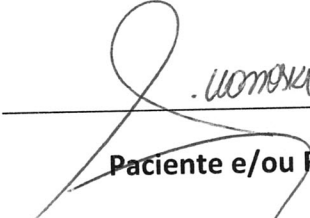
30 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento: 1347683 Data do Atendimento: 25/08/2023
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: 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1347683 **Prontuário:** 1001576 **SAME:** **Hora Atend:** 10:27 **Data Atend:** 25/08/2023
Paciente..... : IZABELLA MARTINS ULANOSKI **Idade:** 14 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..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/08/2023 **Hora Saída :** 11:31
Prestador da Evolução Médica: 1165 **RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR**

HDA

RETORNO REAVALIAÇÃO
2 SEMANAS EVOLUÇÃO FRATURA ML

EXAME FÍSICO

SEM QUEIXAS ALGICAS
ADM DF 20 PF 40

DIAGNOSTICO

FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO

TRATAMENTO

RETORNO EM 2 SEMANAS
MANTENHO ROBOFOOT
LIBERO ROBOFOOT PARA AMANHÃ NA FESTA DE 1'5 ANOS COM USO DE TORNOZELEIRA

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

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREScrição.: 1528690 DATA: 25/08/2023 10:34
USUÁRIO....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1347683 DT NASC: 20/10/2008 (14A 10M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1001576 - IZABELLA MARTINS ULANOSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/08/2023 10:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR SERVIÇO:
UNID. INT...: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1347683

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421