

Atendimento: 1446095 - JENNIFER GANACINI Lote: 1801559 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JENNIFER GANACINI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia.....: 19074 Validade.:27/06/2024
Senha.....: 19074 Autoriz.:27/06/2024
Carteira.: 2376533 Validade.: 12/12/2024 Titular....: JENNIFER GANACINI
: - DE 656/657 AO FIM NITEROI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	108,92	0,00	0,00	0,00	0,00	108,92
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						188,92

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/06/2024	40803031 COSTELAS - POR HEMITÓRAX PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	36,6678	73,34
27/06/2024	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					108,92

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 188,92



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

2 - Nº Guia no Prestador **19074**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 27/06/2024		5 - Senha 19074		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19074																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 2376533		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome JENNIFER GANACINI		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 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 / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/06/2024		23 - Indicação Clínica CAIU SENTADA E BATEU AS COSTAS NA CADEIRA. QUEIXA DE DOR NA REG COSTAL. HA 1M BATEU O PE NO SOFA. Q																			
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		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 27/06/2024		15:30		15:30		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 27/06/2024		16:04		16:04		22		40803031		RX - COSTELAS - POR HEMITORAX		001						1.0		36.67		36.67	
3 27/06/2024		16:04		16:04		22		40803031		RX - COSTELAS - POR HEMITORAX		001						1.0		36.67		36.67	
4 27/06/2024		16:04		16:04		22		40804097		RX - PE OU PODODACTILO		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									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 188.92		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 Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 188.92					
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -		11 -		13 -		15 -		17 -		19 -					
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -		12 -		14 -		16 -		18 -		20 -					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado																			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jennifer Ganacini

Nº da Carteirinha: 2.37.6533

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 15/10/2015

Nº da Guia: 19074



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2024	11:45:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição

O colega puxou a cadeira e a aluna caiu e bateu com as costas na cadeira.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, informado a responsável e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 19074

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/06/2024		5 - Senha 19074	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19074	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376533		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome JENNIFER GANACINI		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		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 27/06/2024 15:30 15:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 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	
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\$) 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 Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Jennifer Ganacini</i>	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 19074

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/06/2024		5 - Senha 19074	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19074	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376533		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome JENNIFER GANACINI		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		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 27/06/2024 15:30 15:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 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			
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\$) 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 Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

Atendimento.....: 1446095

Pedido.....: 815786

Paciente.....: JENNIFER GANACINI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 27/06/2024

RADIOGRAFIA DOS ARCOS COSTAIS À DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua anterior.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal nestas incidências.

02 de Julho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1446095

Pedido.....: 815786

Paciente.....: JENNIFER GANACINI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 27/06/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1446095

Pedido.....: 815786

Paciente.....: JENNIFER GANACINI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: KARLA MULLER CARVALHO

Data do Exame.: 27/06/2024

RADIOGRAFIA DOS ARCOS COSTAIS À ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua anterior.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto radiográfico normal do arcabouço ósseo costal nestas incidências.

02 de Julho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
27/06/2024 15:35:38

Atendimento: 1446095 Data do Atendimento: 27/06/2024
Prontuário: 924912 Nome: JENNIFER GANACINI
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 15/10/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 997012826

Rua: - DE 656/657 AO FIM NITEROI

Numero 610

CEP: 82930050

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376533

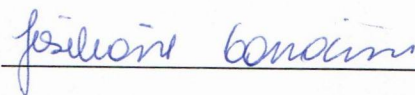
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: JOSILIANE APARECIDA GANACINI

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : JENNIFER GANACINI 8 ANOS

Início da Triagem: 15:30:49.

Fim da Triagem: 15:32:05.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA HJ NA ESCOLA, DOR EM REGIÃO DAS COSTAS DORSAL

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:% ECG: Dor:

Data: 27/06/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1446095 **Prontuário:** 924912 **SAME:** 924912 **Hora Atend:** 15:30 **Data Atend:** 27/06/2024
Paciente..... : JENNIFER GANACINI **Idade:** 8 a
Endereço..... : - DE 656/657 AO FIM NITEROI
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82930050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/06/2024 **Hora Saída :** 16:50
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

CAIU SENTADA E BATEU AS COSTAS NA CADEIRA. QUEIXA DE DOR NA REG COSTAL.
HÁ 1M BATEU O PÉ NO SOFÁ. QUEIXA DE DOR NO 5° PDD

EXAME FISICO

DOR A PALP DAS COSTELAS BILAT (9°10° ARCO)
SEM DOR PARA MOBILIZAR O TRONCO
DOR A PALP DO 5° PDD

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DE DORSO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DE DORSO

TRATAMENTO

ALIVIUM GOTAS
OBSERVAR COR DA URINA NOS PRÓXIMOS DIAS. CONSULTAR COM PEDIATRA CASO ESTEJA MAIS
ESCURA OU COM SANGUE.

Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1640470 DATA: 27/06/2024 16:03
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1446095 DT NASC: 15/10/2015 (8A 8M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 924912 - JENNIFER GANACINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/06/2024 15:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1446095

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COSTELAS - POR HEMITORAX (DIREITO) 40803031	1					
2 COSTELAS - POR HEMITORAX (ESQUERDO) 40803031	1					
3 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097 Obs.: 5° ARTELHO AP/O	1					

Dra. Karla Muller Carvalho
Ortopedista XV
CRM: 14115

KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115