

Atendimento: 1326112 - JULIA PALMIERI DOS SANTOS Lote: 1613416 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JULIA PALMIERI DOS SANTOS
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARCOS SATO / 11345
Guia.....: 11864 Validade.:15/06/2023
Senha.....: 11864 Autoriz.:15/06/2023
Carteira...: 368245 Validade.: 31/12/2023 Titular....: JULIA PALMIERI DOS SANTOS
: RENE DESCARTES
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	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
15/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARCOS SATO - 11345 71710590904	UND 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 11864

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 11864	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11864
4 - Data de Autorização 15/06/2023	5 - Sentença 11864	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome JULIA PALMERI DOS SANTOS
8 - Número da Carteira 368245	9 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 11345
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
15 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS SATO	21 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS SATO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	23 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/06/2023	23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA EM HIPEREXTENSAO DE 4 QDE NA MANHA DE HOJE AO JOGAR BOLA, NEGA OUTRAS QL	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição 26 - Descrição	31 - Código CNES 3005585	32 - Tipo Atendimento 9
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 42-Ordem 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 15/06/2023 12:00 12:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 15/06/2023 12:16 12:16 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 30.64 30.64			
Identificação do(a) Profissional(a) Especificado(a)			
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\$) 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			

1613216

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Júlia Palmieri dos Santos
Nº da Carteira: 3.6.8245
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 11/02/2010

Nº da Guia: 11864

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2023	10:21:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava em Ed. Física no ginásio junto com outros alunos mais o professor Ricardo, jogando voley, quando sem querer a colega acertou sua mão sem querer.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitória Janaina	15/06/2023

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações
Aluna encaminhada até a enfermaria onde foi colocado tala, tentado contato com a família

Ass.:

Janaína aparecida de Souza da Silva

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

Nº Guia no Proctador: **11864**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número de Guia Principal		6 - Data de Validade da Semte 11864		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11864					
4 - Data de Autorização 15/06/2023		5 - Semte Sanita		9 - Data de Validade da Carteira 31/12/2023		10 - Nome JULIA PALMIERI DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 368245		9 - Validade da Carteira 31/12/2023		10 - Nome JULIA PALMIERI DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário											
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 - Cartão de Atendimento 2				22 - Data da Solicitação 15/06/2023				23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela				25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial				26 - Descrição			
Dados do Contrato e 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 1 15/06/2023 12:00 12:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO				42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00							
Identificação (do) Profissional(iais) 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /				2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /							
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00				60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00				61 - Total de Materiais (R\$) 0.00			
62 - Total de OP/VE (R\$) 0.00				63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00				64 - Total de Gases Medicinas (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 65.00				66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado											



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

2 - Nº Guia no Prestador 11864

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/06/2023

5 - Senha

11864

6 - Data de Validade da Senha

11864

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
368245

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
JULIA PALMIERI DOS SANTOS

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

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql Solc.
28 - Ql 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
1 15/06/2023 12:00 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

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 - / / 3 - / / / 5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /

2 - / / 4 - / / / 6 - / / / 8 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1326112

Pedido.....: 743974

Paciente.....: JULIA PALMIERI DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

Data do Exame.: 15/06/2023

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

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.

19 de Junho de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

FERNANDA.HERZ
15/06/2023 12:02:09

Atendimento: 1326112 Data do Atendimento: 15/06/2023
Prontuário: 938146 Nome: JULIA PALMIERI DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 11/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RENE DESCARTES Numero 131 CEP: 82220070

Bairro: BARREIRINHA Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368245

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: SIRLEI APARECIDA PALMIERI DOS SANTOS 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..... : 1326112 Prontuário: 938146 SAME: 938146 Hora Atend: 12:00 Data Atend:15/06/2023
Paciente..... : JULIA PALMIERI DOS SANTOS Idade: 13 a
Endereço..... : RENE DESCARTES
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82220070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 15/06/2023 Hora Saída : 19:03
Prestador da Evolução Médica: 4 MARCOS SATO

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM HIPEREXTENSAO DE 4 QDE NA MANHA DE HOJE AO JOGAR BOLA, NEGA OUTRAS QUEIXAS , NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA NV PRESERVADO , ADM DIMINUIDA POR MOTIVO ALGICO , SEM INSTABILIDADES, AUMENTO DE VOLUME E DOR EM INTERFALANGEANA PROXIMAL

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE 4 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE 4 QDD

TRATAMENTO

ORIENTO ,ALIVIO TALA METALICA, REPOUSO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMA OU SINAIS DE ALERTA 30711010


Marcos Sato
CRM 11345
Ortopedia e Traumatologia

MARCOS SATO / 11345
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326112 **Prontuário:** 938146 **SAME:** 938146 **Hora Atend:** 12:00 **Data Atend:** 15/06/2023
Paciente..... : JULIA PALMIERI DOS SANTOS
Idade: 13 a
Endereço..... : RENE DESCARTES
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
UF...: PR **CEP:** 82220070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano...: UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 15/06/2023 **Hora Saída :** 19:03

Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM HIPEREXTENSAO DE 4 QDE NA MANHA DE HOJE AO JOGAR BOLA, NEGA OUTRAS QUEIXAS , NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA NV PRESERVADO , ADM DIMINUIDA POR MOTIVO ALGICO , SEM INSTABILIDADES, AUMENTO DE VOLUME E DOR EM INTERFALANGEANA PROXIMAL

DIAGNOSTICO

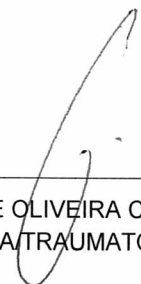
ENTORSE DE 4 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE 4 QDD

TRATAMENTO

ORIENTO ,ALIVIO TALA METALICA, REPOUSO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMA OU SINAIS DE ALERTA N



GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1503315 DATA: 15/06/2023 12:15
USUÁRIO.....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1326112 DT NASC: 11/02/2010 (13A 4M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 938146 - JULIA PALMIERI DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2023 12:00 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCOS SATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1326112

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 3 QDD AP + P						

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356