

Atendimento: 1298636 - JULIA WOTROBA MURARI Lote: 1569957 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIA WOTROBA MURARI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 10260 Validade.:21/03/2023
Senha.....: 10260 Autoriz.:21/03/2023
Carteira...: 3302329 Validade.: 30/06/2023 Titular...: JULIA WOTROBA MURARI
: ALEXANDRE VON HUMBOLDT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	91,92	0,00	0,00	0,00	0,00	91,92
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						156,92

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/03/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
21/03/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					91,92

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 156,92



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/SDT

2 - Nº Guia no Prestador 10260

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/03/2023

5 - Senha
10260

6 - Data de Validade da Senha
10260

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
10260

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
3302329

9 - Validade da Carteira
30/06/2023

10 - Nome
JULIA WOTROBA MURARI

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
LUIZA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48610

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/03/2023

23 - Indicação Clínica
ENTORSE PE ESQUERDO HOJE NO COLEGIO, ANDANDO FEZ COMPRESSA DE GELO LOCAL DOR CONTINUA, PIORA /

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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)
2

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	21/03/2023	11:51	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	21/03/2023	12:08	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	30.64	30.64
3	21/03/2023	12:08	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	30.64	30.64
4	21/03/2023	12:08	22	40804097	RX - PE OU PODOCACTILO	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48-Sq.Ref. 49-Gr. Part 50-Cod 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 156.92

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\$) 156.92

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Wotroba Murari
Nº da Carteira: 3.30.2329
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 15/04/2011

Nº da Guia: 10260



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/03/2023	09:47:00	Sala de Aula	Retorno da capela

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

aluna voltando da capela, entrou na sala, pisou em falso e torceu o tornozelo esquerdo. Foi ministrado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosangela	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosangela	21/03/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora e a mãe foi avisada via telefone.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10260

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JULIA WOTROBA MURARI

11 - Numero 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 - Numero no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MARIA CRISTINA

Data/Hora: 21/03/2023 11:56:44

Contato: Lore

Atendimento: 129836

Comentário: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 10260

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

4 - Data de Autoscopia	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 3302329	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JULIA WOTROBA MURARI	11 - Numero 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 - Numero 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 21/03/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
---	----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	----------------------	------------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------------	--------------------------	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Acidente (Acidente ou doença relacionada)	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Real / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

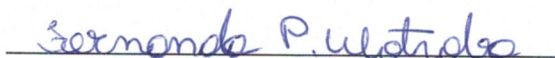
56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Observação / Justificativa
--	--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OFME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
21/03/2023 11:55:23

Atendimento: 1298636 Data do Atendimento: 21/03/2023
Prontuário: 993791 Nome: JULIA WOTROBA MURARI
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 15/04/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 992072499
Rua: ALEXANDRE VON HUMBOLDT Numero 842 CEP: 82110000
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302329
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: FERNANDA PAOLA WOTROBA 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

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : JULIA MURARI, 11 ANOS.

Início da Triagem: 11:48:50.

Fim da Triagem: 11:52:17.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA TORÇÃO EM TORNOZELO ESQ HÁ APROX 3 HORAS, APRESENTA EDEMA LEVE. REFERE DOR CONTÍNUA, CARACTERIZA-A COMO "QUEIMAÇÃO".

Comorbidades: .

MUC: FLUOXETINA 20 mg

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg
Dor: 5/10

FC: 104bpm

FR: 20rpm

Tax: °C

SatO2: 97%

ECG:

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA Proveniente de instituição de cuidados no últimos 30 dias: NEGA

Data: 21/03/2023.

Enfermeiro (a) Matheus Dallagrana Paraizo

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1298636 Prontuário: 993791 SAME: 993791 Hora Atend: 11:51 Data Atend: 21/03/2023
Paciente..... : JULIA WOTROBA MURARI Idade: 11 a
Endereço..... : ALEXANDRE VON HUMBOLDT
Bairro..... : PILARZINHO UF...: PR CEP: 82110000
Cidade..... : CURITIBA Plano...: UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO Hora Saída : 14:09
Data Saída..... : 21/03/2023
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

ENTORSE PE ESQUERDO HOJE NO COLEGIO, ANDANDO
FEZ COMPRESSA DE GELO LOCAL
DOR CONTINUA, PIORA A DEAMBULAÇÃO
NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

EXAME FISICO

DEMBULANDO
EDEMA LEVE EM TORNOZELO ESQUERO, AUSENCIA DE EQUIMOSE
DOR A PALAPÇÃO DIFUS EM TORNOZELO E PÉ
SEM SINAIS DE INSTABILIDADE
SEM DOR EM REGIÃO DE FIBULA PROXIMAL OU CALCANEIO
RX: SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO

LEAO LIGAMENTAR GRAU I

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LEAO LIGAMENTAR GRAU I

TRATAMENTO

ROBOFOOT
ANALGESIA PARA CASA
GELO
ORIENTAÇÕES GERAIS
RETORNO AMBULATORIAL PARA REAVALIAÇÃO

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM: 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1471104 DATA: 21/03/2023 12:07
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1298636 DT NASC: 15/04/2011 (11A 11M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993791 - JULIA WOTROBA MURARI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/03/2023 11:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1298636

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
Obs.: COMPARATIVO						
3 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + P+ OBLIQ						

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/R 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610