

Paciente...: JULIANA GOMES TAVARES
 Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
 Sub Plano...:
 Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
 Guia.....: 12541 Validade...:03/08/2023
 Senha.....: 12541 Autoriz...:03/08/2023
 Carteira...: 278269 Validade: 30/11/2023 Titular...: JULIANA GOMES TAVARES
 : RONALDO JOSE CARBONI

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	122,56	0,00	0,00	0,00	0,00	122,56
ONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						187,56

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitário	VI Total
03/08/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	2	30,6400	61,28
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
03/08/2023	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	2	30,6400	61,28
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
			Total :		122,56

270 PRONTO SOCCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
03/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	CLINICO				
				Total :		65,00
				Total Geral:		187,56



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

2 - N° Guia no Prestador 12541

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/08/2023		5 - Sembr 278269	
6 - Data de Validade da Sembr 12541		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12541	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 278269	
9 - Validade da Carteira 30/11/2023		10 - Nome JULIANA GOMES TAVARES	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 45201		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 03/08/2023	
23 - Indicação Clínica ENTORSE DE TORNOZELO HOJE PELA MANHA, DURANTE EDUCACAO FISICA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DA BAA			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contrato Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
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 Exams Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 03/08/2023 12:47 13:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 03/08/2023 13:07 13:07 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSIKA (TORNOZELO) 001 1.0 30.64 30.64			
3 03/08/2023 13:07 13:07 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSIKA (TORNOZELO) 001 1.0 30.64 30.64			
4 03/08/2023 13:07 13:07 22 40804097 RX - PE OU PODOACTILO 001 1.0 30.64 30.64			
5 03/08/2023 13:07 13:07 22 40804097 RX - PE OU PODOACTILO 001 1.0 30.64 30.64			
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\$) 187.56		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\$) 187.56			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Juliana Gomes Tavares
Nº da Carteira: 2.78.269
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 16/03/2013

Nº da Guia: 12541

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	11:05:00	Área verde	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
aluna torceu o tornozelo na aula de ed. física .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Vanessa	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Vanessa	03/08/2023

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

Observações
A aluna foi atendida pela monitora Vanessa que fez os primeiro atendimento , aonde foi ligado para os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referencia.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

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 12541

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 03/08/2023	5 - Sentia 12541	6 - Data de Validade da Sentia 12541	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12541
8 - Número da Carteira 278269		9 - Validade da Carteira 30/11/2023	10 - Nome JULIANA GOMES TAVARES
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 001	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Abner P. Ferreira Médico CRM-PR. 45201
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/08/2023	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela ou Item Assistencial		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
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 03/08/2023 12:47 12:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	
Identificação do(a) Profissional(s) 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 CPME (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 Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 03/08/2023		5 - Sembr	
6 - Data da Validade da Sante 12541		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12541	
8 - Nome do Beneficiário JULIANA GOMES TAVARES		9 - Nome do Contrato HOSPITAL XV LTDA	
10 - Nome da Carteira 30/11/2023		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 DR. Abner M. F. Leite Medico CRM-PR: 4520	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/08/2023	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
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) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Exemplos / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 03/08/2023 12:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 48-Sg. 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\$) 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			

Atendimento.....: 1340637
752604

Paciente.....: JULIANA GOMES TAVARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 03/08/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

07 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1340637
752604

Paciente.....: JULIANA GOMES TAVARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 03/08/2023

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.

07 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1340637
752604

Paciente.....: JULIANA GOMES TAVARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 03/08/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

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.

07 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1340637
752604

Paciente.....: JULIANA GOMES TAVARES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 03/08/2023

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.

07 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA CRISTINA
03/08/2023 12:49:40

Atendimento: 1340637 Data do Atendimento: 03/08/2023
Prontuário: 1001198 Nome: JULIANA GOMES TAVARES
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 16/03/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995168269
Rua: RONALDO JOSE CARBONI Numero 310 CEP: 82810120
Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 278269
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KARINA ALMEIDA GOMES 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 crédito.

5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.

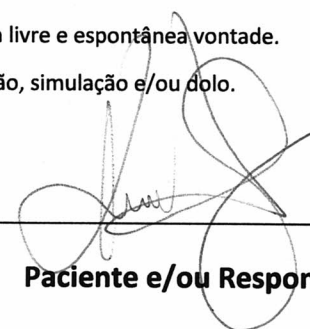
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de 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..... : 1340637 **Prontuário:** 1001198 **SAME:** 1001198 **Hora Atend:** 12:47 **Data Atend:** 03/08/2023
Paciente..... : JULIANA GOMES TAVARES
Endereço..... : RONALDO JOSE CARBONI
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - TORNOZELO
Data Saída..... : 03/08/2023
UF...: PR **CEP:** 82810120
Plano...: UNICO
Hora Saída : 19:36
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO HOJE PELA MANHÃ, DURANTE EDUCAÇÃO FÍSICA. QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO DA BASE DO 5° MTT DIREITO.

EXAME FÍSICO

PELE ÍNTEGRA, AUMENTO DE VOLUME E EQUIMOSE EM REGIÃO DA BASE DO 5° MTT DIREITO. NEGA DOR À PALPAÇÃO DA REGIÃO PERIMALEOLAR MEDIAL OU LATERAL. DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO

TRATAMENTO

ORIENTO USO DE ROBOFOOT POR 14 DIAS. AGENDAR COM ORTOPEDIATRIA EM 14 DIAS PARA REAVALIAÇÃO. PRESCREVO ALIVIUM E NOVALGINA GOTAS;


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR: 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1520781 DATA: 03/08/2023 13:06
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1340637 DT NASC: 16/03/2013 (10A 4M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001198 - JULIANA GOMES TAVARES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/08/2023 12:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA 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:

1340637

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
2 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					
3 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					
4 PE OU PODODACTILOS (ESQUERDO)	1					


ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201