

Atendimento: 1358741 - JULIANA VIEIRA PAMPUCH Lote: 1664598 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: JULIANA VIEIRA PAMPUCH
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
Guia.....: 13641 Validade.:28/09/2023
Senha.....: 13641 Autoriz.:28/09/2023
Carteira.: 3302087 Validade.: 31/12/2024 Titular...: JULIANA VIEIRA PAMPUCH
: RAPOSO TAVARES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/09/2023	40803090 COTOVELO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
28/09/2023	40803112 PUNHO	EXAME	1	30,6400	30,64
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 13641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/09/2023

5 - Senha

13641

6 - Data de Validade da Senha

13641

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

JULIANA VIEIRA PAMPUCH

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

9 - Validade da Carteira

3302087

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

46356

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante

GABRIEL FRIACA DE OLIVEIRA CARDOSO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

23 - Indicação Clínica

PACIENTE REFERE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA SOBRE MAO EXTENDIDA A DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E DIFICIL

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

ou Item Assistencial

26 - Descrição

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 (paciente 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 28/09/2023	12:23	12:23	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 28/09/2023	13:02	13:02	22	40803090	RX - COTOVELO
3 28/09/2023	13:02	13:02	22	40803112	RX - PUNHO

42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001			1.0	65.00	65.00
001			1.0	30.64	30.64
001			1.0	30.64	30.64

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

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\$)

126.28

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\$)

126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Juliana Vieira Pampuch
Nº da Carteirinha: 3.30.2087
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 02/08/2014

Nº da Guia: 13641

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2023	10:47:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

Aluna estava correndo na aula de educação física e escorregou apoiando a mão direita no chão. O pulso e o cotovelo estão inchados.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diany Almeida	41 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anderson	28/09/2023

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

Aluna foi atendida pelo monitor Anderson e aplicou gelo no local inchado.

Ass.: _____

Paulo Henrique Batista Dias

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Sentença

4 - Data de Autorização
28/09/2023

5 - Sentença

13641

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

13641

8 - Número da Carteira
3302087

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JULIANA VIEIRA PAMPUCH

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

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. Gabriel Friça Cardoso
MÉDICO

CRM/PR 46356

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/09/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

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

Dados do Contratado Encerrante

29 - Código na Operadora
76630518000107

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 Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/09/2023 12:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(iais) Encerrante(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 do Procedimento 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1664598



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
28/09/2023

5 - Semha

13641

6 - Data de Validade da Semha

13641

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3302087

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

JULIANA VIEIRA PAMPUCH

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 do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação

28/09/2023

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

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
1 28/09/2023 12:23 12:23

39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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

48 - Sq. Prof. 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

5 -

7 -

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 OPMs (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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1358741**Pedido.....:** 763428**Paciente.....:** JULIANA VIEIRA PAMPUCH**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**Data do Exame.:** 28/09/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

02 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Atendimento.....: 1358741

Pedido.....: 763428

Paciente.....: JULIANA VIEIRA PAMPUCH

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 28/09/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

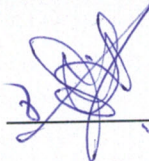
02 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
28/09/2023 12:25:06

Atendimento: 1358741 Data do Atendimento: 28/09/2023
Prontuário: 1004260 Nome: JULIANA VIEIRA PAMPUCH
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 02/08/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RAPOSO TAVARES Numero 629 CEP: 82100000
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302087
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANDREIA VIEIRA DA SILVA 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..... : 1358741 **Prontuário:** 1004260 **SAME:** 1004260 **Hora Atend:** 12:23 **Data Atend:** 28/09/2023
Paciente..... : JULIANA VIEIRA PAMPUCH **Idade:** 9 a
Endereço..... : RAPOSO TAVARES
Bairro..... : PILARZINHO **UF...:** PR **CEP:** 82100000
Cidade..... : CURITIBA **Plano...:** UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 19:21
Data Saída..... : 28/09/2023
Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA SOBRE MÃO EXTENDIDA À DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTO, NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FÍSICO

PELE NÃO VIOLADA, NV PRESERVADO ADM AMPLA E LIVRE. SEM AUMENTO DE VOLUMES

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE PUNHO À DIREITA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE PUNHO À DIREITA

TRATAMENTO

ORIENTO, ALÍVIO, REPOUSO, GELO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Gabriel Friça de O. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46356

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1358741 Prontuário: 1004260 SAME: 1004260 Hora Atend: 12:23 Data Atend: 28/09/2023
Paciente..... : JULIANA VIEIRA PAMPUCH Idade: 9 a
Endereço..... : RAPOSO TAVARES
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 82100000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/09/2023 Hora Saída : 19:21

Prestador da Evolução Médica: 1574 GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

HDA

PACIENTE REFERE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA SOBRE MÃO EXTENDIDA A DIRIGIDA, EVOLUINDO COM DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTO, NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FÍSICO

PELE NÃO VIOLADA, NV PRESERVADO ADM AMPLA E LIVRE. SEM AUMENTO DE VOLUMES

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE PUNHO A DIRIGIDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE PUNHO A DIRIGIDA

TRATAMENTO

ORIENTADO, ALÍVIO, REPOUSO, GELO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Gabriel Friça de O. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46356
GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1540992 DATA: 28/09/2023 13:01
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1358741 DT NASC: 02/08/2014 (9A 1M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1004260 - JULIANA VIEIRA PAMPUCH
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/09/2023 12:23 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1358741

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO)	1					
2 COTOVELO (DIREITO)	1					

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356