

Agrupamento: **7 - AMBULATÓRIO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **90723** Competência: **09/2023**
Convênio: **136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal

Entrega: **22/09/2023**

90723

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Termo						
20/08/2023	20/08/2023	12867		1644421	1345809	KAYLANE MARTINS ROTTA 376156	104,83
Total : 1							104,83
Total Geral : 1							104,83

Atendimento: 1345809 - KAYLANE MARTINS ROTTA Lote: 1644421 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: KAYLANE MARTINS ROTTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 12867 Validade.:20/08/2023
Senha.....: 12867 Autoriz.:20/08/2023
Carteira...: 376156 Validade.: 31/12/2024 Titular...: KAYLANE MARTINS ROTTA
: JOAQUIM AMARAL

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	39,83	0,00	0,00	0,00	0,00	39,83
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						104,83

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/08/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	39,8320	39,83
Total :					39,83

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 104,83



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

2 - Nº Guia no Prestador 12867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/08/2023

5 - Senha

12867

6 - Data de Validade da Senha

12867

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

376156

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

KAYLANE MARTINS ROTA

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

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

19208

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/08/2023

23 - Indicação Clínica

PACIENTE JOGANDO BASQUETE FEZ TRAUMA EM POLEGAR DIR ESTA COM DOR EDEMA

27 - CI.Solic.

28 - CI.Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Emissante

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 20/08/2023 15:16 15:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 20/08/2023 15:24 15:24 22 40803120 RX - MMO OU QUIRODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

001 1.0 39.83 39.83

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

48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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 - / /

2 - / / 4 - / /

5 - / / 6 - / /

7 - / / 8 - / /

9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

104.83

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\$)

104.83

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kaylane Martins Rotta
Nº da Carteirinha: 3.7.6156
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 21/11/2006

Nº da Guia: 12867

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/08/2023	13:18:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava participando dos jogos escolares e acabou torcendo o dedo.

Testemunha da ocorrência

Professora Danielle

Telefone

(41) 3351-8550

Quem prestou primeiros socorros

Monitora do Evento

Data

20/08/2023

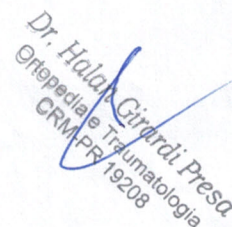
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

A aluna Kaylane foi atendida pelo Christian e o mesmo gerou uma guia para o Hospital XV.

Ass.:


Christian Benites


Dr. Halar Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

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 12867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
20/08/2023

5 - Senha

12867

6 - Data de Validade da Senha

12867

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário
376156

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
KAYLANE MARTINS ROTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dr. Hailan Gradi Presa
CRM-PR 14920
Ortopedia e Traumatologia

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
GREGORIO FADEL DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45222

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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 20/08/2023 15:16 15:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(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 Sítio 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

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 12867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 20/08/2023	5 - Senha 12867	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 12867
---------------------------------------	--------------------	-------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 376156	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome KAYLANE MARTINS ROTA	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 GREGORIO FADEL DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45222	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/08/2023	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 76630518000107	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)	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 20/08/2023 15:16 15:16 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(a) 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	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 Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---------------------------------	---	---	--	-------------------------------

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1345809

755711

Paciente.....: KAYLANE MARTINS ROTTA**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** HALAN GIRARDI PRESA**Data do Exame.:** 20/08/2023

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO

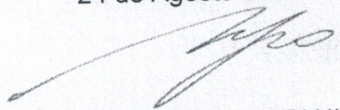
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

24 de Agosto de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
20/08/2023 15:20:13

Atendimento: 1345809 Data do Atendimento: 20/08/2023
Prontuário: 887817 Nome: KAYLANE MARTINS ROTTA
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 21/11/2006
RG: 2075654 CPF: 14804373799 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOAQUIM AMARAL Numero 1019 CEP: 81530430
Bairro: JARDIM DAS AMERICAS Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 376156
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: KARLA JACQUELINE MARTINS ROTTA 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.

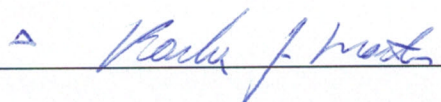
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

PRESCRIÇÃO.: 1526809 DATA: 20/08/2023 15:24
USUÁRIO....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1345809 DT NASC: 21/11/2006 (16A 8M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 887817 - KAYLANE MARTINS ROTTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/08/2023 15:16 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1345809

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)
Obs.: POLEGAR AP PERFIL

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 19.208
CPF 025.935.829-01

HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1345809 **Prontuário:** 887817 **SAME:** 887817 **Hora Atend:** 15:16 **Data Atend:** 20/08/2023
Paciente..... : KAYLANE MARTINS ROTTA **Idade:** 16 a
Endereço..... : JOAQUIM AMARAL
Bairro..... : JARDIM DAS AMERICAS
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81530430
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S635 - ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/08/2023 **Hora Saída :** 15:47

Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

PACIENTE JOGANDO BASQUETE FEZ TRAUMA EM POLEGAR DIR
ESTA COM DOR EDEMA

EXAME FISICO

DOR EDEMA
ESTAVEL EM 1 MF

DIAGNOSTICO

ENTORSE D EPOELGAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE D EPOELGAR

TRATAMENTO

AINES
GELO

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 19.208
CPF 025.935.829-01

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA