

Atendimento: 1326796 - LAURA CASTANHO FALOPA Lote: 1614449 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LAURA CASTANHO FALOPA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: 11805 Validade.:18/06/2023
Senha.....: 11805 Autoriz.:18/06/2023
Carteira.: 2335925 Validade.: 12/12/2023 Titular....: LAURA CASTANHO FALOPA
: EDUARDO VICTOR PIECHNIK

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
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
18/06/2023	40804070 PERNA 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
18/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 11805

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 18/06/2023	5 - Sentia 11805
6 - Data de Validade da Sentia 11805	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11805
8 - Número do Beneficiário 2335925	9 - Validade da Carteira 12/12/2023
10 - Nome LAURA CASTANHO FALOPA	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 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 15485	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 18/06/2023
23 - Indicação Clínica TRAUMA EM PERNA DIREITA HA 6 DIAS EM UM BANCO, SEGUIDO POR NOVO TRAUMA ONTEM, NO MESMO LOCAL, NA	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição TRAUMA EM PERNA DIREITA HA 6 DIAS EM UM BANCO, SEGUIDO POR NOVO TRAUMA ONTEM, NO MESMO LOCAL, NA
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 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 18/06/2023 14:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 18/06/2023 15:04 22 40804070 RX - PERNA	42 - QI Cde. 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(a) 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\$) 104.83	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\$) 104.83	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Castanho Falópa
Nº da Carteira: 2.33.5925
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 03/09/2007

Nº da Guia: 11805

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2023	10:08:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

A aluna estava em educação física quando ao escorrega veio a bater o joelho no ferro do banco, aparentemente com um pouco de inchaço

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(44) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	12/06/2023

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

NA SALA DE APOIO FOI FEITA COMPRESSA DE GELO E A VÓ FOI AVISADA.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

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 11805

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LAURA CASTANHO FALOPA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

18/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

22 10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Exatante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de 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 - Cidr.

43 - Via

44 - Têc.

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 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data: 18/06/2023 14:39:32

Contato: 1326796

Atendimento: 1326796

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485
Dr. Luiz Carlos de Souza

2 - Nº Guia no Prestador 11805

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização

4 - Data de Autorização	5 - Sessão	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	------------	-----------------------------	---

8 - Número da Carteira 2335925	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAURA CASTANHO FALOPA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--------------------------	------------------------------------	---	----------------------------

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
PLANTONISTA	06
17 - Número no Conselho	18 - UF
0000	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	18/06/2023	

24 - Índice	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

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

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

36 - Data	37 - Inicial	38 - In.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	--------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

[illegible]

56 - Data da Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- _____ _____	3- _____ _____
2- _____ _____	5- _____ _____
4- _____ _____	6- _____ _____
	7- _____ _____
	8- _____ _____
	9- _____ _____
	10- _____ _____

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Casos Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização													

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

[Assinatura]

66 - Assinatura do Contratado

[Assinatura]

CHM 16485

Outubro de 2017

Dr. Luiz Carlos de Almeida

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1326796

Pedido.....: 744437

Paciente.....: LAURA CASTANHO FALOPA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 18/06/2023

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

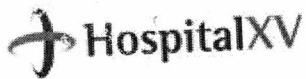
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

21 de Junho de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

VINICIUS.HARAI
18/06/2023 14:39:07

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1326796 Data do Atendimento: 18/06/2023
Prontuário: 978893 Nome: LAURA CASTANHO FALOPA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 03/09/2007
RG: CPF: 15361170992 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: EDUARDO VICTOR PIECHNIK

Bairro: UBERABA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335925

Médico: PLANTONISTA

Responsável:

Numero 193

CEP: 81560700

UF: PR

Cidade: CURITIBA

CRM: 0000

Parentesco:

- 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..... : 1326796 Prontuário: 978893 SAME: 978893 Hora Atend: 14:37 Data Atend: 18/06/2023
Paciente..... : LAURA CASTANHO FALOPA Idade: 15 a
Endereço..... : EDUARDO VICTOR PIECHNIK
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 81560700
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S801 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/06/2023 Hora Saída : 18:33
Prestador da Evolução Médica: 38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

HDA

TRAUMA EM PERNA DIREITA HÁ 6 DIAS EM UM BANCO, SEGUIDO POR NOVO TRAUMA ONTEM, NO MESMO LOCAL, NA PORTA DE SEU CARRO

EXAME FISICO

PERNA DIREITA

- SEM DEFORMIDADES, COM EQUIMOSE E AUMENTO DE VOLUME EM 1/3 PROXIMAL DA PERNA DIREITA
- ADM DO JOELHO E TORNOZELO AMPLAS E SEM DOR
- DOR À PALPAÇÃO DE 1/3 SUPERIOR DA TÍBIA

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DA PERNA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DA PERNA

TRATAMENTO

CRIANÇA

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA

Dr. Luiz Gustavo F. Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15485

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326796 **Prontuário:** 978893 **SAME:** 978893 **Hora Atend:** 14:37 **Data Atend:** 18/06/2023
Paciente..... : LAURA CASTANHO FALOPA **Idade:** 15 a
Endereço..... : EDUARDO VICTOR PIECHNIK
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81560700
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S801 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/06/2023 **Hora Saída :** 18:33

Prestador da Evolução Médica: 1573 **PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**

HDA

TRAUMA EM PERNA DIREITA HÁ 6 DIAS EM UM BANCO, SEGUIDO POR NOVO TRAUMA ONTEM, NO MESMO LOCAL, NA PORTA DE SEU CARRO

EXAME FISICO

PERNA DIREITA

- SEM DEFORMIDADES, COM EQUIMOSE E AUMENTO DE VOLUME EM 1/3 PROXIMAL DA PERNA DIREITA
- ADM DO JOELHO E TORNOZELO AMPLAS E SEM DOR
- DOR À PALPAÇÃO DE 1/3 SUPERIOR DA TÍBIA

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DA PERNA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DA PERNA

TRATAMENTO

CRIANÇA

ORIENTO PAIS DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, OS MESMOS COMPREENDEM AS ORIENTAÇÕES
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PA NA VIGENCIA DOS MESMOS
ORIENTO QUANTO À FRATURA OCULTA
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIATRIA

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1504341 DATA: 18/06/2023 15:03
USUÁRIO.....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1326796 DT NASC: 03/09/2007 (15A 9M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 978893 - LAURA CASTANHO FALOPA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/06/2023 14:37 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S801 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1326796

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PERNA (DIREITA)	1					



PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500