

Atendimento: 1471241 - MANOELA MENDES DE OLIVEIRA Lote: 1840691 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MANOELA MENDES DE OLIVEIRA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
Guia.....: 21008 Validade.:16/09/2024  
Senha.....: 21008 Autoriz.:16/09/2024  
Carteira.: 2338231 Validade.: 16/09/2024 Titular....: MANOELA MENDES DE OLIVEIRA  
: DEPUTADO JOAO LEOPOLDO JACOMEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 75,50     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 75,50  |
| ONORARIOS MEDICOS     | 80,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 155,50 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 16/09/2024 | 40802051 COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDÊNCIAS<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 37,7511     | 37,75    |
| 16/09/2024 | 40802078 SACRO-COCCIX<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930                      | EXAME       | 1    | 37,7511     | 37,75    |
| Total :    |                                                                                        |             |      |             | 75,50    |

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data         | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                  | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 16/09/2024   | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :      |                                                                       |                |         |      |             | 80,00    |
| Total Geral: |                                                                       |                |         |      |             | 155,50   |



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

2 - Nº Guia no Prestador **21008**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/09/2024                                                            |  | 5 - Senha<br>21008                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21008             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2338231                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>16/09/2024                           |  |
| 10 - Nome<br>MANOELA MENDES DE OLIVEIRA                                                          |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HALAN GIRARDI PRESA                                     |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>19208                                                                 |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                 |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>16/09/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>QUEDA AGORA A TARDE COM TRAUMA EM COCCIX ESTA COM DOR LOCAL            |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 |  |
| 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |  |                                                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                      |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                  |  |
| 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 16/09/2024 16:33 16:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00              |  |                                                                  |  |
| 2 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS 001 1.0 37.75 37.75 |  |                                                                  |  |
| 3 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802078 RX - SACRO-COCCIX 001 1.0 37.75 37.75                       |  |                                                                  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |  |                                                                  |  |
| 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                                                  |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                  |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série                                                |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                   |  |
| 1 - / /                                                                                          |  | 3 - / /                                                          |  |
| 2 - / /                                                                                          |  | 4 - / /                                                          |  |
| 5 - / /                                                                                          |  | 6 - / /                                                          |  |
| 7 - / /                                                                                          |  | 8 - / /                                                          |  |
| 9 - / /                                                                                          |  | 10 - / /                                                         |  |
| <b>58 - Observação / Justificativa</b>                                                           |  |                                                                  |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>155.50                                                      |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                     |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                 |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                     |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>155.50                                                                 |  |                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                   |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |  |                                                                  |  |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Manoela Mendes de Oliveira

**Nº da Carteirinha:** 2.33.8231

**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 05/07/2013

**Nº da Guia:** 21008



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 16/09/2024         | 14:57:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Costas, Glúteos |

| Descrição                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava em educação física quando ao pular acabou escorregando batendo o cóccix no chão, a aluna estava com dor. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professora Vanessa       | (41) 3051-8700 |

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

| Observações                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ela foi encaminhada para sala de apoio onde ficou deitada até que passasse a dor. A mãe seria avisada do ocorrido. |

Ass.:

Daniele Novaes Torino

DR. HALAN GIARDI PRESA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 4208

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

34

✓





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

2 - Nº Guia no Prestador 21008

Folha: 1 / 1

|                                       |                                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal                         |
| 4 - Data de Autorização<br>16/09/2024 | 5 - Senha<br>21008                                   |
| 6 - Data de Validade da Senha         | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21008 |

|                       |                                   |                                        |                                         |                                         |                            |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>2338231 | 9 - Validade da Carteira<br>16/09/2024 | 10 - Nome<br>MANOELA MENDES DE OLIVEIRA | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN<br>N |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|

|                                                              |                                            |                                             |               |                           |                                             |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                         | 13 - Código da Operadora<br>76530518000107 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA |               |                           |                                             |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HALAN GIRARDI PRESA | 16 - Conselho Profissional<br>06           | 17 - Número no Conselho<br>19208            | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

|                                                           |                                  |                                        |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Caráter do Atendimento<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>16/09/2024 | 23 - Indicação Clínica<br>QUEDA AGORA A TARDE COM TRAUMA EM COCCIX ESTA COM DOR LOCAL |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                  |                |                |                  |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| 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<br>76530518000107 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA | 31 - Código CNES<br>3005585 |
|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                             |                                                                  |                       |                                            |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>11 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 | 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 16/09/2024 16:33 16:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO              | 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                |
| 2 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS | 001 1.0 37.75 37.75                                                                                                                                |
| 3 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802078 RX - SACRO-COCCIX                       | 001 1.0 37.75 37.75                                                                                                                                |

|                                                    |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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\$)<br>155.50 | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>155.50 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 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 21008

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3 - Número da Guia Principal                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>16/09/2024                                                                                                                                                                                                                             |  | 5 - Senha<br>21008                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                                                                     |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21008 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2338231                                                                                                                                                                                                                                 |  | 9 - Validade da Carteira<br>16/09/2024               |  |
| 10 - Nome<br>MANOELA MENDES DE OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                           |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                        |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HALAN GIRARDI PRESA                                                                                                                                                                                                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                     |  |
| 17 - Número no Conselho<br>19208                                                                                                                                                                                                                                  |  | 18 - UF<br>41                                        |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                                                                                                         |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>16/09/2024                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                      |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>QUEDA AGORA A TARDE COM TRAUMA EM COCCIX ESTA COM DOR LOCAL                                                                                                                                                                             |  |                                                      |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição<br>27 - Qtd. Autoriz.                                                                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                      |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                      |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total                                                                                         |  |                                                      |  |
| 1 16/09/2024 16:33 16:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00                                                                                                                                                                               |  |                                                      |  |
| 2 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802051 RX - COLUNA LOMBO-SACRA - 3 INCIDENCIAS 001 1.0 37.75 37.75                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 3 16/09/2024 16:50 16:50 22 40802078 RX - SACRO-COCCIX 001 1.0 37.75 37.75                                                                                                                                                                                        |  |                                                      |  |
| 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\$) 155.50 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\$) 155.50 |  |                                                      |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                      |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                      |  |



---

**Atendimento.....:** 1471241

**Pedido.....:** 831275

**Paciente.....:** MANOELA MENDES DE OLIVEIRA

**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**Médico Sol.....:** HALAN GIRARDI PRESA

**Data do Exame.:** 16/09/2024

---

## RADIOGRAFIA DO SACROCÓCCIX

Exame realizado nas incidências Ferguson e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Os elementos ósseos do sacrocóccix não apresentam alterações radiográficas.

24 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1471241

Pedido.....: 831275

Paciente.....: MANOELA MENDES DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 16/09/2024

## RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Corpos vertebrais com altura mantida e alinhamento posterior preservado.

Lâminas, pedículos e demais elementos vertebrais posteriores sem alterações radiográficas.

Aspecto normal das articulações interapofisárias.

Espaços discais conservados.

24 de Setembro de 2024

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI.

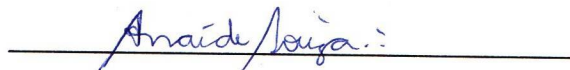
Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS  
16/09/2024 16:35:37

Atendimento: 1471241      Data do Atendimento: 16/09/2024  
Prontuário: 1013910      Nome: MANOELA MENDES DE OLIVEIRA  
Sexo: FEMININO      Idade: 11      Data de Nascimento: 05/07/2013  
RG:      CPF: 10917794907      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 998947181  
Rua: DEPUTADO JOAO LEOPOLDO JACOMEL      Numero 755      CEP: 83020210  
Bairro: BRAGA      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2338231  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável:      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

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MANOELA MENDES DE OLIVEIRA. 11 ANOS

Início da Triagem: 16:09:22.

Fim da Triagem: 16:11:15.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

QP: PACIENTE RELATA QMN, REFERE ALGIA NO CÓCCIX. IS: HOJE

**Comorbidades:** .

**MUC:** nega

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC: 74bpm    FR: rpm    Tax: 36,6°C    SatO2: 96%    ECG:  
Dor:

Data: 16/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS



PRESCRIÇÃO.: 1668966 DATA: 16/09/2024 16:50  
USUÁRIO....: HALAN.PRESA  
ATENDIMENTO: 1471241 DT NASC: 05/07/2013 (11A 2M 13D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1013910 - MANOELA MENDES DE OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 16/09/2024 16:33 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico**\*1471241\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

|   |                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---|--------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 | COLUNA LOMBO-SACRA AP E LAT 40802051 | 1   |         |    |     |            |               |
| 2 | SACRO COCCIX 40802078                | 1   |         |    |     |            |               |

HALAN GIRARDI PRESA  
CRM: 19208

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1471241    **Prontuário:** 1013910    **SAME:** 1013910    **Hora Atend:** 16:33    **Data Atend:**16/09/2024  
**Paciente**..... : MANOELA MENDES DE OLIVEIRA    **Idade:** 11 a  
**Endereço**..... : DEPUTADO JOAO LEOPOLDO JACOMEL  
**Bairro**..... : BRAGA  
**Cidade**..... : SAO JOSE DOS PINHAIS    **UF...:** PR    **CEP:** 83020210  
**Convênio**..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal**..... : S300 - CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE  
**CID's Secundários.** :  
**Resultado**..... : ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída**..... : 16/09/2024    **Hora Saída :** 17:29

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

**HDA**

QUEDA AGORA A TARDE  
COM TRAUMA EM COCCIX  
ESTA COM DOR LOCAL

**EXAME FISICO**

DOR EM COLUNA LOMBAR E SACRO COCCIX  
MOBILIDADE DIMINUIDA

**DIAGNOSTICO**

LOMBALGIA

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

LOMBALGIA

**TRATAMENTO**

MEDICACAO  
ALOR

HALAN GIRARDI PRESA / 19208  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DR. HALAN GIRARDI PRESA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 19208