

Atendimento: 1482998 - MANUELA NAVIS MORAES Lote: 1858959 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MANUELA NAVIS MORAES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.: 22393 Validade.:23/10/2024
Senha.: 22393 Autoriz.:23/10/2024
Carteira.: 2118344 Validade.: 23/11/2024 Titular.: MANUELA NAVIS MORAES
: RUA ALFERES POLI DE 2016 A 99999

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 151,16



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

2 - Nº Guia no Prestador **22393**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal													
4 - Data de Autorização 23/10/2024		5 - Senha 22393													
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22393													
8 - Número da Carteira 2118344		9 - Validade da Carteira 23/11/2024													
10 - Nome MANUELA NAVIS MORAES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde													
12 - Atendimento a RN N															
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
15 - Nome do Profissional Solicitante VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI		16 - Conselho Profissional 06													
17 - Número no Conselho 47240		18 - UF 41													
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/10/2024													
23 - Indicação Clínica CONTUSAO COTOVELO DIREITO PESO: 25KG // ACOMPANHANTE: CAROLINA (MAE) CONTUSAO COTOVELO D EM MES															
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial													
26 - Descrição		27 - Qt. Solic.													
		28 - Qt. Autoriz.													
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA													
31 - Código CNES 3005585															
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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 - Qtde.		43 - Via													
44 - Téc.		45 - Fator R/Acr													
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total													
1	23/10/2024	17:32	17:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00			
2	23/10/2024	17:46	17:46	22	40803090	RX - COTOVELO	001			1.0	35.58	35.58			
3	23/10/2024	17:46	17:46	22	40803090	RX - COTOVELO	001			1.0	35.58	35.58			
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\$) 151.16		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\$) 151.16			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado											

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO.SANTOS
23/10/2024 17:34:10

Atendimento: 1482998 Data do Atendimento: 23/10/2024
Prontuário: 1028277 Nome: MANUELA NAVIS MORAES
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 09/11/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 993290331

Rua: RUA ALFERES POLI DE 2016 A 99999

Numero 5280

CEP: 80220051

Bairro: PAROLIN

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 2118344

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 : MANUELA NAVIS MORAES 8 ANOS

Início da Triagem: 17:18:58.

Fim da Triagem: 17:21:33.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA QUEDA NA ESCOLA HJ, TRAUMA EM MSD COTOVELO COM LEVE DOR

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:PENICILINA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:% ECG: Dor:

Data: 23/10/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO™

Aluno: Manuela Navis Moraes
Nº da Carteira: 2.11.8344
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 09/11/2015 **Nº da Guia:** 22393

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2024	16:13:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição

A aluna tropeçou na mochila, caiu e bateu o braço na perna da cadeira. Apresenta hematoma.

Testemunha da ocorrência

Prof. Giselia

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Giselia

Data

23/10/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da XV

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Aplicamos gelo no local e orientamos a mãe para buscar atendimento médico.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro ASS.
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão
Secretaria
06/2019

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> (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 **22393**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/10/2024	5 - Senha 22393
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22393

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2118344	9 - Validade da Carteira 23/11/2024	10 - Nome MANUELA NAVIS MORAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--	---	--	---	-----------------------------------

Dados do Solicitante

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/10/2024	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	31 - Código CNES 3005585
---	--	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 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 23/10/2024	17:32	17:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

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

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part.	50-Cod na operadora/CDF	51-Nome do Profissional	52-Conselho	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\$) 80.00	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\$) 80.00
---	---	--	---	---	---	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Carolina P.M. Silva</i>	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador **22393**

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização **23/10/2024** 5 - Senha **22393** 6 - Data de Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **22393**

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira **2118344** 9 - Validade da Carteira **23/11/2024** 10 - Nome **MANUELA NAVIS MORAES** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN **N**

Dados do Solicitante
 13 - Código da Operadora **76530518000107** 14 - Nome do Contratado **HOSPITAL XV LTDA**

15 - Nome do Profissional Solicitante **PLANTONISTA** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número no Conselho **0000** 18 - UF **41** 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **23/10/2024** 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** 31 - Código CNES **3005585**

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento **11** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) **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 23/10/2024	17:32	17:32	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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\$) **80.00** 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\$) **80.00**

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável *Cardina Alves de Moraes Silva* 68 - Assinatura do Contratado

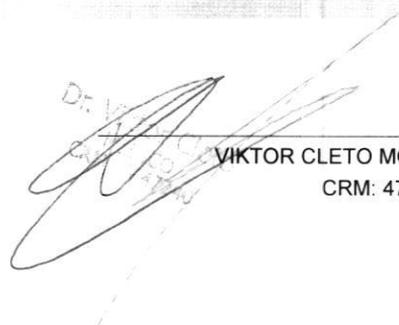
PRESCRIÇÃO.: 1680860 DATA: 23/10/2024 17:46
USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1482998 DT NASC: 09/11/2015 (8A 11M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1028277 - MANUELA NAVIS MORAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/10/2024 17:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S500 CONTUSÃO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1482998*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 COTOVELO (DIREITO)40803090 Obs.: AP + P + GREENSPAN	1						
2 COTOVELO (ESQUERDO)40803090 Obs.: AP + P + GREENSPAN	1						

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1482998 **Prontuário:** 1028277 **SAME:** 1028277 **Hora Atend:** 17:32 **Data Atend:**23/10/2024
Paciente..... : MANUELA NAVIS MORAES **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA ALFERES POLI DE 2016 A 99999
Bairro..... : PAROLIN
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80220051
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 23/10/2024 **Hora Saída :** 18:31

Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
--

HDA

CONTUSÃO COTOVELO DIREITO
PESO: 25KG // ACOMPANHANTE: CAROLINA (MAE)
CONTUSÃO COTOVELO D EM MESA.

EXAME FISICO

BEG
PEQUENO HEMATOMA BORDO MEDIAL COTOV DIREITO, SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, LEVE DOR NA PALPAÇÃO BORDO MEDIAL.
RX SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO COTOVELO

TRATAMENTO

RX + DISCUTO COM CHEFE DE PLANTÃO.
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. ORIENTO SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS. RETORNO S/N. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL PARA SEGUIMENTO, SE PERSISTÊNCIA.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: NÃO DESEJA.



VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1482998

Pedido.....: 838504

Paciente.....: MANUELA NAVIS MORAES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1482998

Pedido.....: 838504

Paciente.....: MANUELA NAVIS MORAES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

Data do Exame.: 23/10/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

28 de Outubro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149