

Atendimento: 1329541 - MARIA CLARA ESPINDULA NICO Lote: 1618693 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... MARIA CLARA ESPINDULA NICO
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano:
Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115
Guia..... 12103 Validade...27/06/2023
Senha..... 12103 Autoriz...27/06/2023
Carteira... 2374948 Validade... 30/12/2023 Titular... MARIA CLARA ESPINDULA NICO
: CAPITAO GUILHERME BIANCHI
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	6,54	0,00	0,00	0,00	0,00	6,54
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						102,18

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/06/2023	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0092	0,09
27/06/2023	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1332	1,33
27/06/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
Total :					6,54

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/06/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 102,18



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

2 - Nº Guia no Prestador 12103

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 27/06/2023	5 - Sentia 12103
6 - Data de Validade da Sentia 12103	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12103
8 - Número da Carteira 2374948	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome MARIA CLARA ESPINDULA NICO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário	
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
15 - Nome do Profissional Solicitante KARLA MULLER CARVALHO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 14115	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 27/06/2023
23 - Indicação Clínica BOLADA NO 3º E4º QDE HOJE.	
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 27/06/2023 12:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 27/06/2023 12:54 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO	42 - Qde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00 001 1.0 30.64 30.64
Identificação do(a) Profissional(s) Encarregado(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 Sala 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - 2 -	3 - 4 -
5 - 6 -	7 - 8 -
9 - 10 -	
58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 6.54	62 - Total de CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 102.18	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	



ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada	3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
000000	12103	76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Cide.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
3 -	03	27/06/2023	12.33.28	a	12.33.28	19	70272875		0.00	0.09
20 - Descrição: FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA MEDI HOUSE - 02900 - 25mm x 10m - 48 rolos.										
4 -	03	27/06/2023	12.33.28		19	70754284				5.12
20 - Descrição: TALAFIX DEDO 15X02CM MED 12UNID 924-04										
5 -	03	27/06/2023	12.33.28		19	70799172				1.33
20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m										

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de CPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	6.54

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 09/07/2023 17:19:14

Contato: 1618693

Atendimento: 1329541

ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1618693

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara Espindula Nico
Nº da Carteirinha: 2.37.4948
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 06/02/2010

Nº da Guia: 12103



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2023	10:58:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	3º Dedo Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava na aula de Ed. Física e foi atingida com uma bolada na mão esquerda e torceu dois dedos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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 foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambas para o hospital de referencia.

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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 12103

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
27/06/2023

5 - Senha

12103

6 - Data de Validade da Saúde

12103

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2374948

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
MARIA CLARA ESPINDULA NICO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
76630518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 27/06/2023 12:33 12:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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 Saúde 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 12103

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 27/06/2023

5 - Sanha

12103

6 - Data de Validade da Sanha

12103

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 2374948

9 - Validade da Carteira 30/12/2023

10 - Nome MARIA CLARA ESPINDULA NICO

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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 27/06/2023

23 - Indicação Clínica

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

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 Acedente (acidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 27/06/2023 12:33 12:33

22

10101039

40 - Procedimento 41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 65.00

58 - Observação / Justificativa

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

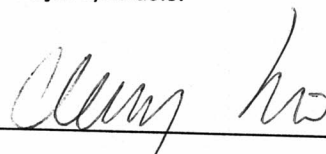
68 - Assinatura do Contratado

1618603

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
27/06/2023 12:36:26

Atendimento: 1329541 Data do Atendimento: 27/06/2023
Prontuário: 873251 Nome: MARIA CLARA ESPINDULA NICO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 06/02/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: CAPITAO GUILHERME BIANCHI Numero 5554 CEP: 82930090
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2374948
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CLEVERSON NICO Parentesco: PAI

- 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..... : 1329541 **Prontuário:** 873251 **SAME:** 873251 **Hora Atend:** 12:33 **Data Atend:** 27/06/2023
Paciente..... : MARIA CLARA ESPINDULA NICO
Endereço..... : CAPITAO GUILHERME BIANCHI
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 27/06/2023
UF..: PR **CEP:** 82930090
Plano...: UNICO
Hora Saída : 13:28
Prestador da Evolução Médica: 65 **KARLA MULLER CARVALHO**

HDA

BOLADA NO 3° E4° QDE HOJE.

EXAME FISICO

AUMENTO DE VOL NO 3° E4° QDE
DOR A PALP DA IFP FACE VOLAR
TEM FL-EXT ATIVA DAS IF'S

DIAGNOSTICO

FRAT DE FALANGE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRAT DE FALANGE

TRATAMENTO

TALA DE AL
IBUPROFENO 600



KARLA MULLER CARVALHO / 14115
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1507594 DATA: 27/06/2023 12:54
USUÁRIO....: KARLA.CARVALHO
ATENDIMENTO: 1329541 DT NASC: 06/02/2010 (13A 4M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 873251 - MARIA CLARA ESPINDULA NICO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/06/2023 12:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

SOCORRO.....: KARLA MULLER CARVALHO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
.....: S627 FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S) CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1329541**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: 3° E4° QDE AP/P						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	2					[27/06] . 12:54
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	2	ROLO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	2	ROLO				
-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	2	UNIDADE				

KARLA MULLER CARVALHO
CRM: 14115

Período de 27/06/2023 a 27/06/2023

Atendimento: 1329541 MARIA CLARA ESPINDULA NICO

Nascimento: 06/02/2010

Mãe: SIMONE ESPINDULA

Internação: 27/06/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Médico: KARLA MULLER CARVALHO

Evolução/Anotação: 00631776

Data: 27/06/2023

Hora: 14:29

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otávio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015