

Atendimento: 1476437 - MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO Lote: 1848839 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 2791262 Validade.:02/10/2024
Senha.....: 2791262 Autoriz.:02/10/2024
Carteira.: 2791262 Validade.: 22/02/2025 Titular.: MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO
: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						80,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
02/10/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
Total :						80,00
Total Geral:						80,00

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
02/10/2024 18:09:12

Atendimento: 1476437 Data do Atendimento: 02/10/2024
Prontuário: 1002209 Nome: MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 18/08/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU Numero 558 CEP: 83045010
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791262
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALLAN ALEXANDRE SALVIANO 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : MARIA EDUARDA HAMATUK SALVIANO. 13 ANO

Início da Triagem: 17:56:17.

Fim da Triagem: 17:57:06.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP; PACIENTE RELATA TRAUMA NO BRAÇO DIREITO, REFERE ALGIA E EDEMA. IS: HÁ 3 DIAS

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 02/10/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Halmatuk Salviano
Nº da Carteira: 2.79.1262
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 18/08/2011

Nº da Guia: 21666

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2024	09:52:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Antebraço Direito

Descrição

Durante treino de vôlei na segunda-feira dia 30/09/2024 a noite a aluna lesionou o antebraço, vindo procurar a sala de apoio somente na quarta-feira pela manhã as 09:50 reclamando de dor no antebraço direito.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Sincler

Data

02/10/2024

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

Após ter nos procurado 2 dias após a lesão, foi aplicado gelo, colocado uma faixa para restringir a movimentação.

Ass.:

Sincler Demian Klabunde

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>. ma (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 2791262

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 02/10/2024	5 - Senha 2791262	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2791262								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2791262	9 - Validade da Carteira 22/02/2025	10 - Nome MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO	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 02/10/2024	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 1 02/10/2024	37 - Hr. Inicial 18:07	38 - Hr. Final 18:07	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 001	43 - Via 1.0	44 - Téc. 80.00	45 - Fator R/Acr 80.00	46 - Valor Unitário 80.00	47 - Valor Total 80.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48 - S. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Cod na operadora/CNP	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 - / /	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			68 - Assinatura do Contratado					



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

2 - Nº Guia no Prestador **2791262**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 02/10/2024		5 - Senha 2791262	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2791262	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 2791262		9 - Validade da Carteira 22/02/2025	
10 - Nome MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO		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 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 02/10/2024	
23 - Indicação Clínica		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição			
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 02/10/2024 18:07 18:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sig. 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			
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	
68 - Assinatura do Contratado			

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1476437 Prontuário: 1002209 SAME: 1002209 Hora Atend: 18:07 Data Atend: 02/10/2024
Paciente..... : MARIA EDUARDA HALMATUK SALVIANO Idade: 13 a
Endereço..... : DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83045010
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : M626 - DISTENSAO MUSCULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 02/10/2024 Hora Saída : 18:55

Prestador da Evolução Médica: 3	GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
---------------------------------	-----------------------------------

HDA

Paciente acompanhada do pai. Dor em antebraço e punho direito após treino de vôlei há 2 dias. Refere ter tomado dorflex sem melhora dos sintomas.

EXAME FISICO

Dor a palpação de massa flexora em antebraço direito
adm de cotovelo e punho livres e sem dor
Neurovascular preservado

DIAGNOSTICO

Distensão muscular antebraço direito / Síndrome do túnel do carpo?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Distensão muscular antebraço direito / Síndrome do túnel do carpo?

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, gelo no local, repouso de atividade física enquanto dor. Solicito uso de órtese punho durante sono e ecografia de punho por queixa (ao final da consulta) de parestesia noturna.

Dr. GUILHERME A.S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA