

Atendimento: 1435092 - MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA Lote: 1784365 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 18040 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 3302781 Validade.: 23/05/2024 Titular...: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
: RUA NAPOLI

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	93,00	0,00	0,00	0,00	0,00	93,00
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						158,00

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2024	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
23/05/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
23/05/2024	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					93,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 158,00



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

2 - Nº Guia no Prestador **18040**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 23/05/2024		5 - Senha 18040	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18040	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 3302781		9 - Validade da Carteira 23/05/2024	
10 - Nome MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA		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 GUSTAVO PEREIRA BOTELHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21523		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/05/2024	
23 - Indicação Clínica QMN HOJE NO COLEGIO, DOR EM OMBRO ESQ, COTOVELO ESQ E PUNHO ESQ. MUC: PURAN // ACOMPANHANTE: RO			
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 23/05/2024 21:03 21:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 23/05/2024 21:27 21:27 22 40803074 RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 001 1.0 31.72 31.72			
3 23/05/2024 21:27 21:27 22 40803090 RX - COTOVELO 001 1.0 30.64 30.64			
4 23/05/2024 21:27 21:27 22 40803112 RX - PUNHO 001 1.0 30.64 30.64			
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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
158.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 158.00			
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 **18040**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira 3302781		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA		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 23/05/2024		23 - Indicação Clínica																			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro				27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0													
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA								31 - Código CNES 3005585													
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part.		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -															
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -															
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)											
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 18040

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal										
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira 3302781		9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA		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 23/05/2024		23 - Indicação Clínica								
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição 10101039		27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0						
Dados do Contratado Executante												
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585						
Dados do Atendimento												
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data		37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -				
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -				
58 - Observação / Justificativa												
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Gabrielly Braga de Oliveira
Nº da Carteirinha: 3.30.2781
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 13/05/2011

Nº da Guia: 18040

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2024	14:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes no corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Braço Esquerdo

Descrição

Maria relatou que estava na educação física e se chocou com um colega. Disse que sentiu dor no ombro.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Wictor

3028-5400

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

Foi aplicado gelo no local da dor

Ass.:

Paulo Henrique Batista Dias

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.usk.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

Atendimento.....: 1435092

Pedido.....: 809031

Paciente.....: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP verdadeiro e perfil de Neer.

Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435092
Pedido.....: 809031
Paciente.....: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1435092
Pedido.....: 809031
Paciente.....: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 23/05/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

28 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
23/05/2024 21:08:54

Atendimento: 1435092 Data do Atendimento: 23/05/2024
Prontuário: 1018647 Nome: MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 13/05/2011
RG: 140419370 CPF: 12297931948 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 96147991
Rua: RUA NAPOLI Numero 523 CEP: 82030170
Bairro: SAO JOAO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3302781
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ROBSON DE OLIVEIRA 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
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



Paciente : MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA, 13 AN

Início da Triagem: 21:00:21.

Fim da Triagem: 21:04:23.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA COLISÃO COM COLEGA DE CLASSE NA ESCOLA HOJE, REFERE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO.

Comorbidades: , HIPOTIREIODISMO.

MUC: PURAN

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 99bpm FR: rpm Tax: 36,8°C SatO2: 98% ECG:
Dor:

Data: 22/05/2024.

GERSON HANNIG

PRESCRIÇÃO.: 1628726 DATA: 23/05/2024 21:26
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1435092 DT NASC: 13/05/2011 (13A OM 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1018647 - MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/05/2024 21:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1435092

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO)	1					
2 COTOVELO (ESQUERDO)	1					
3 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

Dr. Viktor Cleto
MÉDICO
CRM-PR 47240

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1435092 **Prontuário:** 1018647 **SAME:** 1018647 **Hora Atend:** 21:03 **Data Atend:** 23/05/2024
Paciente..... : MARIA GABRIELLY BRAGA DE OLIVEIRA **Idade:** 13 a
Endereço..... : RUA NAPOLI
Bairro..... : SAO JOAO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82030170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - OMBRO
Data Saída..... : 24/05/2024 **Hora Saída :** 00:18
Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

QMN HOJE NO COLEGIO, DOR EM OMBRO ESQ, COTOVELO ESQ E PUNHO ESQ.
MUC: PURAN // ACOMPANHANTE: ROBSON (PAI).

EXAME FISICO

BEG
ADM SEM RESTRIÇÃO DE OMBRO/COTOVELO/PUNHO ESQ. LEVE DOR NA MOVIMENTAÇÃO PASSIVA.
RX SP

DIAGNOSTICO

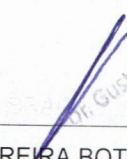
CONTUSAO BRAÇO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO BRAÇO

TRATAMENTO

RX +
PRESCREVO PARA CASA. ORIENTAÇÕES GERAIS E SOBRE SINAIS DE ALARME. RETORNO S/N. ORIENTO
SOBRE MEDICAÇÕES PRESCRITAS E POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS.
PACIENTE CIENTE E CONCORDANTE COM CONDUTA. SANO AS DÚVIDAS QUESTIONADAS.
ATESTADO: 7D ATV FISICA


GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA