

Atendimento: 1488857 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA Lote: 1868026 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
Guia.....: 23045 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 2335939 Validade.: 11/11/2024 Titular.: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU

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
11/11/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC 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
11/11/2024	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 **23045**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal												
4 - Data de Autorização 11/11/2024	5 - Senha 23045	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23045										
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2335939	9 - Validade da Carteira 11/11/2024	10 - Nome MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA	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 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								
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/11/2024	23 - Indicação Clínica TRAUMA HIPEREXTENSAO 4QDE JOGANDO VOLEI HOJE. ALERGIAS: DESCONHECE PESO: 64KG ACOMPANHANTE: R											
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 11/11/2024	19:00	19:00	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00		
2 11/11/2024	19:34	19:34	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.58	35.58		
3 11/11/2024	19:34	19:34	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.58	35.58		
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 - / /							
2 - / /						4 - / /							
5 - / /						7 - / /							
6 - / /						8 - / /							
9 - / /						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 ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
11/11/2024 19:03:02

Atendimento: 1488857 Data do Atendimento: 11/11/2024
Prontuário: 995584 Nome: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 15/09/2009
RG: 160003987 CPF: 14344235908 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987655339

Rua: DESEMBARGADOR ERNANI ALMEIDA DE ABREU Numero 380 CEP: 83045010
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335939
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: RODRIGO CONSTANTINO DE ALMEIDA 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.

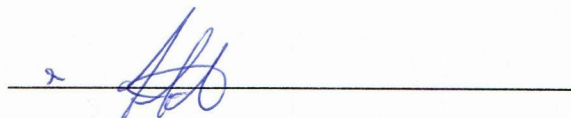
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

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



Hospital XV

Paciente : MARIA VITORIA DE LARA CONSTATINO DE ALM Início da Triagem:18:59:16.
Fim da Triagem:19:00:38.

ORTOPÉDICO

Motivo do Atendimento:

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NA MÃO ESQUERDA, REFERE ALGIA E EDEMA NO 4º DEDO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:77bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:98% ECG: Dor:

Data: 11/11/2024.

ENFº LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória de Lara Constantino de Almeida
Nº da Carteirinha: 2.33.5939
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 15/09/2009 Nº da Guia: 23045



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/11/2024	11:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando vôlei e quando foi rebater a bola, virou o dedo para trás, inchou e ela não está conseguindo movimentar o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Juliane	11/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
A aluna foi atendida na sala de apoio e fizemos uma tala no dedo e compressa de gelo no local.

Ass.: 
Daniele Novaes Torino

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 **23045**

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 2335939	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA	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 11/11/2024	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				
36 - 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			

PRESCRIÇÃO.: 1687460 DATA: 11/11/2024 19:34
USUÁRIO....: VIKTOR.GIANINI
ATENDIMENTO: 1488857 DT NASC: 15/09/2009 (15A 1M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995584 - MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/11/2024 19:00 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.....: S608 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1488857

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)40803120 Obs.: 4QD - AP + P + OBLIQ	1					
2	MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120 Obs.: 4QD - AP + P + OBLIQ	1					

Dr. Viktor C. M. G. Gianini

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
CRM: 47240

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	: 1488857	Prontuário: 995584	SAME: 995584	Hora Atend: 19:00	Data Atend:11/11/2024
Paciente.....	: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA			Idade: 15 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.....	: S608 - OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO PUNHO E DA MAO				
CID's Secundários. :					
Resultado.....	: RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	: 12/11/2024			Hora Saída :01:18	
Prestador da Evolução Médica: 1694 VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI					

HDA

TRAUMA HIPEREXTENSÃO 4QDE JOGANDO VOLEI HOJE.
ALERGIAS: DESCONHECE
PESO: 64KG
ACOMPANHANTE: RODRIGO (PAI)

EXAME FISICO

BEG
MAO ESQ: DOR PALPAÇÃO ART METACARPOFALANGEANA 4QDE. FLEXO-EXTENSÃO ATIVA PRESERVADA, REDUZIDA POR DOR. NV PRESERVADO.
RX SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO MAO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO MAO

TRATAMENTO

RX + TALA METALICA
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: 7D ATV FISICA

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488857
Pedido.....: 842186
Paciente.....: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

01 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488857
Pedido.....: 842186
Paciente.....: MARIA VITORIA DE LARA C DE ALMEIDA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

30 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642