

Atendimento: 1354911 - MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI Lote: 1658576 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 13416 Validade.:18/09/2023
Senha.....: 13416 Autoriz.:18/09/2023
Carteira.: 2781004 Validade.: 12/12/2023 Titular....: MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI
: ARGEMIRO RODRIGUES DE PAULA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
ONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

ONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 13416

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
5 - Senha
18/09/2023 13416

6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12/12/2023 13416

8 - Número do Beneficiário
9 - Validade da Carteira
2781004 12/12/2023

10 - Nome
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
MARIA VITORIA VIANA GUZELINI

12 - Atendimento a PN
N

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
HALAN GIRARDI PRESA 06 19208 41 225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.
2 18/09/2023 JOGANDO BASQUETE HA 3 HORAS COM TORCAO DE POLEGAR A ESQ ESTA COM DOR EDEMA

Dados do Contrato Específico
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
76530518000107 HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento
31 - Código CNES
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04 9 1

Dados do Exercício / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 18/09/2023 12:25 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 18/09/2023 13:19 22 40803120 RX - RMO OU QUIRODACTILO

42 - Qtde. 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(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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
95.64 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maria Vitória Viana Guizelini
Nº da Carteirinha: 2.78.1004
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 15/12/2010

Nº da Guia: 13416

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2023	10:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando basquete, quando trombou com uma colega, machucando assim o dedão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Carmem	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Carmem	18/09/2023

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 pela monitora e posteriormente pela Vice-Diretora, que ligou para os pais e encaminhou a ambos ao hospital de referência.

Ass.:

Fabio Bittencourt Machado

Dr. Halan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13416

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
18/09/2023

5 - Senha
13416

6 - Data de Validade da Senha
13416

8 - Número da Carteira
2781004

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI

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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
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
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 18/09/2023 12:25 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 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 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 Medicionais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável e/ou 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 **13416**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
18/09/2023

5 - Senha

13416

6 - Data de Validade da Senha

13416

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
2781004

9 - Validade da Carteira

12/12/2023

10 - Nome

MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Holan Girardolli Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1072

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

18/09/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

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

Dados do Contratado Escusante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

9

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 18/09/2023 12:25 12:25 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

65.00

65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Escusante(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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

2 - / / 4 - / /

6 - / /

8 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total do Material (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

Atendimento.....: 1354911

Pedido.....: 761201

Paciente.....: MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA

Data do Exame.: 18/09/2023

RADIOGRAFIA DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

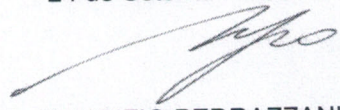
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

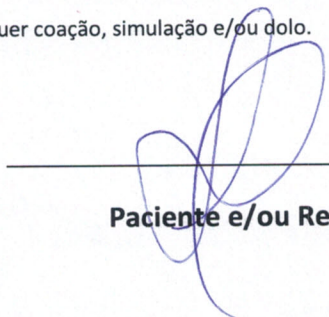
24 de Setembro de 2023


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
18-09-2023 12:27:18

Atendimento: 1354911 Data do Atendimento: 18-09-2023
Prontuário: 973319 Nome: MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 15-12-2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 984665111
Rua: ARGEMIRO RODRIGUES DE PAULA Numero 54 CEP: 83311080
Bairro: JARDIM DOS EUCALIPTOS Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781004
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



HospitalXV

Paciente : MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI, 12 ANOS

Início da Triagem: 12:20:50.

Fim da Triagem: 12:22:50.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

ESTAVA JOGANDO BASQUETE E FEZ TRAUMA EM 1º QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA.

Comorbidades: , ASMA BRONQUITE.

MUC: SETRALINA, AEROLIN

ALERGIAS:DIPIRONA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 82bpm FR: rpm Tax: 36.3°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: .

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1354911 **Prontuário:** 973319 **SAME:** 973319 **Hora Atend:** 12:25 **Data Atend:** 18/09/2023
Paciente..... : MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI **Idade:** 12 a
Endereço..... : ARGEMIRO RODRIGUES DE PAULA
Bairro..... : JARDIM DOS EUCALIPTOS
Cidade..... : PIRAQUARA **UF...:** PR **CEP:** 83311080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano....:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2023 **Hora Saída :** 14:04
Prestador da Evolução Médica: 34 **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

JOGANDO BASQUETE HÁ 3 HORAS
COM TORÇÃO DE POLEGAR A ESQ
ESTA COM DOR EDEMA

EXAME FISICO

DOR EDEMA EM POLEGAR A ESQ

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE POELGAR AESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE POELGAR AESQ

TRATAMENTO

TALA
MEIDÇÇÃO
GELO



HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1536949 DATA: 18/09/2023 13:19
USUÁRIO.....: HALAN.PRESA
ATENDIMENTO: 1354911 DT NASC: 15/12/2010 (12A 9M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 973319 - MARIA VITORIA VIANA GUIZELINI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/09/2023 12:25 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

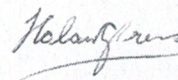
1354911

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

Obs.: POLEGAR AP PERFIL



HALAN GIRARDI PRESA
CRM: 19208