

Atendimento: 1361811 - MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES Lote: 1669540 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
Guia.....: 13814 Validade.:08/10/2023
Senha.....: 13814 Autoriz.:08/10/2023
Carteira.: 378488 Validade.: 31/12/2023 Titular.: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
: - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	41,24	0,00	0,00	0,00	0,00	41,24
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						106,24

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/10/2023	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	41,2360	41,24
Total :					41,24

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/10/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GREGORIO FADEL DE MELLO - 45222 09819928974	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						106,24



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

2 - Nº Guia no Prestador 13814

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Série 13814	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13814	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/10/2023	5 - Sentença 13814	10 - Nome MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 378488	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45222
13 - Código da Operadora 7630518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante GREGORIO FADEL DE MELLO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2023	23 - Indicação Clínica TRAUMA TORCIONAL DE JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM AUMENTO DE VOLUME + DOR ANTERIOR NEGA FALSEIO	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	31 - Código CNES 3005585		
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 7630518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
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	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 08/10/2023 21:45 21:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1.0 65.00 65.00			
2 08/10/2023 21:57 21:57 22 40804062 RX - PATELA	1.0 41.24 41.24			
Identificação do(a) Profissional(s) 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -				
58 - Observação / Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$) 106.24	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\$) 106.24	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

1669521N

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória Cavalcanti Alves

Nº da Carteira: 3.7.8488

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 17/12/2008

Nº da Guia: 13814



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/10/2023	12:38:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição
A aluna estava futebol e acabou se machucando.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Igor	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Christian Benites	05/10/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Novo Mundo Eireli - NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA	Av. República Argentina	4650	Novo Mundo	(41) 3052-5600

Observações
A aluna foi atendida e gerada uma guia de atendimento para o Hospital Novo Mundo.

Ass.: _____

Christian Benites

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 13814

Folha: 1 / 1

Dr. Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM/PR 45.222

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sanha 13814	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13814	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 08/10/2023	5 - Senha 13814	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES		
8 - Número da Carteira 378488					
Dados do Beneficiário					
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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2023	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial					
31 - Código CNES 3005585					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente 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 1 08/10/2023 21:45 21:45	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00			
Identificação do(a) 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -					
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\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado					

1669540

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Atendimento: 1361811



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

2 - Nº Guia no Prestador 13814

Folha: 1 / 1

Dr. Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM/PR 45.922

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 08/10/2023	5 - Senha 13814	10 - Nome MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 378488	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	18 - UF 41	19 - Código CBO
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2023	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	32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 08/10/2023 21:45 22 21:45
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 08/10/2023 21:45 22 21:45	42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00	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 - / /	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	

Atendimento.....: 1361811
765309

Paciente.....: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GREGORIO FADEL DE MELLO

Data do Exame.: 08/10/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

Presença de pequena exostose de base larga diafisária distal e medial no fêmur medindo 1,3 x 1,0 cm.

12 de Outubro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
08/10/2023 21:50:24

Atendimento: 1361811 Data do Atendimento: 08/10/2023
Prontuário: 848525 Nome: MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 17/12/2008
RG: 45847365 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL Numero 771 CEP: 81710370
Bairro: XAXIM Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 378488
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ALEXANDRE ALLEGRETTI ALVES 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..... : 1361811 **Prontuário:** 848525 **SAME:** 848525 **Hora Atend:** 21:45 **Data Atend:** 08/10/2023
Paciente..... : MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES **Idade:** 14 a
Endereço..... : - ATE 0854/0855 CRISTIANO STROBEL
Bairro..... : XAXIM
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81710370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 09/10/2023 **Hora Saída :** 00:20
Prestador da Evolução Médica: 1571 **GREGORIO FADEL DE MELLO**

HDA

TRAUMA TORCIONAL DE JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM AUMENTO DE VOLUME + DOR ANTERIOR
NEGA FALSEIOS

EXAME FISICO

DOR EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO COM AUMENTO DISCRETO DE VOLUME
ADM LIVRE
JOELHO ESTÁVEL
NV PRESERVADO
RX: SEM ALTERAÇÕES

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

ORIENTO CUIDADOS + GELO E REPOUSO
SINTOMÁTICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA SE NECESSÁRIO

Dr. Gregório F. de Mello
MÉDICO
CRM/PR 45.222

GREGORIO FADEL DE MELLO / 45222
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1544898 DATA: 08/10/2023 21:57
USUÁRIO....: GREGORIO.MELLO
ATENDIMENTO: 1361811 DT NASC: 17/12/2008 (14A 9M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 848525 - MARIA VITORIA CAVALCANTI ALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/10/2023 21:45 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GREGORIO FADEL DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO.

1361811

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					

GREGORIO FADEL DE MELLO
CRM: 45222