

Atendimento: 1358838 - MARIANA CUNHA VALADAO Lote: 1664777 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MARIANA CUNHA VALADAO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
Guia.....: 13643 Validade.:28/09/2023
Senha.....: 13643 Autoriz.:28/09/2023
Carteira.: 2375837 Validade.: 12/12/2023 Titular.: MARIANA CUNHA VALADAO
: - DE 1131/1132 AO FIM CAPITAO LEONIDAS MARQUES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729	CLINICO				
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana Cunha Valadão
Nº da Carteira: 2.37.5834
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 15/12/2009

Nº da Guia: 13643

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2023	11:01:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

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

Descrição

O colega acabou atingindo o joelho da aluna quando eles estavam em movimentação na sala.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

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 na coordenação disciplinar, colocado gelol spray no local, informado aos responsáveis e encaminhado ao hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13643

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
28/09/2023

5 - Semha
13643

6 - Data de Validade da Semha
13643

8 - Número da Carteira
2375837

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
MARIANA CUNHA VALADAO

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
000

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/09/2023

23 - Indicação Clínica
2

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição
27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/09/2023 15:19 15:19 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 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\$) 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\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Marcelo F. de Q. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM 136356



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

2 - Nº Guia no Prestador 13643

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 28/09/2023

5 - Senha

13643

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13643

8 - Número da Carteira 2375837

9 - Validade da Carteira 12/12/2023

10 - Nome MARIANA CUNHA VALADAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 76630518000107

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

Ortodontista e Terapeuta
CRM-PR 88356

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 28/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial

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

Dados do Contratado Escalonante

29 - Código na Operadora 76630518000107

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)

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/09/2023 15:19 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) Escalonante(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 Sétor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicinas (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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
28/09/2023 15:21:03

Atendimento: 1358838 Data do Atendimento: 28/09/2023
Prontuário: 930034 Nome: MARIANA CUNHA VALADAO
Sexo: FEMININO Idade: 13 Data de Nascimento: 15/12/2009
RG: 134203641 CPF: 09998546907 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991293165
Rua: - DE 1131/1132 AO FIM CAPITAO LEONIDAS MARQUES Numero 27227 CEP: 81550000
Bairro: UBERABA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2375837
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.

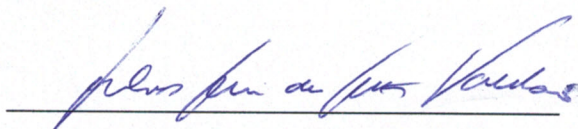
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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 : MARIANA CUNHA VALADÃO, 13 ANOS

Início da Triagem: 15:16:34.

Fim da Triagem: 15:17:46.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO.

Comorbidades: .

MUC: CLORIDRATO DE SERTRALINA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg

FC: 87bpm

FR: rpm

Tax: 36.2°C

SatO2: 97%

ECG:

Dor:

Data: 27/09/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1358838 **Prontuário:** 930034 **SAME:** 930034 **Hora Atend:** 15:19 **Data Atend:** 28/09/2023
Paciente..... : MARIANA CUNHA VALADAO **Idade:** 13 a
Endereço..... : - DE 1131/1132 AO FIM CAPITAO LEONIDAS MARQUES
Bairro..... : UBERABA
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 81550000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 28/09/2023 **Hora Saída :** 19:28
Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA TORCIONAL DE JOELHO HOJE ,EVOLUINDO COM DOR EM REGIAO ANTERIOR DE JOELHO A ESQUERDA ,NEGA OUTRAS QUEIXAS , NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA , NV PRESERVADO , ADM AMPLA E LIVURE , LACHMANN MOLE COMPARATIVO A ESQUERDA, SEM DERRAME ARTICULAR

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO

TRATAMENTO

ORIENTO , LISADOR , MELOXICAM, REPOUSO , REOTRNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Gabriel Friça de O. Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 46356

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA