

Atendimento: 1298221 - MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE Lote: 1569278 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240

Guia.....: 10246 Validade.:

Senha.....: Autoriz.:

Carteira...: 2335363 Validade.: 02/05/2023 Titular...: MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

: PROFESSORA MAGALI APARECIDA PANTUCHA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	33,64	0,00	0,00	0,00	0,00	33,64
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						98,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2023	40801063 SEIOS DA FACE	EXAME	1	33,6400	33,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					33,64

HONORARIOS MEDICOS

305 CLINICA MEDICA

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
VIKTOR CLETO MORAIS GIANI - 47240 05750099938						
CLINICO						
Total :						65,00
Total Geral:						98,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 10246

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/03/2023

5 - Sentença

10246

6 - Data de Validade da Sentença

10246

8 - Número da Carteira

2335363

9 - Validade da Carteira

02/05/2023

10 - Nome

MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

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

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

21/03/2023

23 - Indicação Clínica

RELATA QMN HOJE EM AULA DE EDUCACAO FISICA, ESTAVA FAZENDO FLEXAO E NAO AGUENTO, CONTUSAO DE OM

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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

1 20/03/2023 12:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 20/03/2023 13:38 22 40801063 RX - SEIOS DA FACE

42 - QI de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

001 1.0 33.64 33.64

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 - / / / 6 - / / /

7 - / / / 8 - / / /

9 - / / / 10 - / / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

98.64

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 Médicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

98.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mirelli Camparoto Restofe

Nº da Carteira: 2.33.5363

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 09/08/2007

Nº da Guia: 10246



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2023	11:17:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição
A aluna estava em aula quando foi fazer uma flexão, acabou desequilibrando vindo a bater o queixo no chão.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	20/03/2023

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, recebeu a guia do AMA e foi informado a mãe via ligação.

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10246

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

2335363

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76630518000107

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

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

RELATA QMN HOJE EM AULA DE EDUCACAO FISICA, ESTAVA FAZENDO FLEXAO E NAO AGUENTO, CONTUSAO DE OMENT

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

27 - Ql Solic 28 - Ql Autoriz

1 0

Dados do Contrato, Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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 Exams Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc.

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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Colaborador

Impresso por: MARIA CRISTINA

Data/Hora: 21/03/2023 10:07:58

Contat. oie

Atendimento: 1298221

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. Evandro Bianco

CRM PR 42.508



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

2 - Nº Guia no Prestador 10246

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2335363

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

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 47240

17 - Número no Conselho

41 225125

18 - UF

41 225125

19 - Código CBO

41 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

21/03/2023

23 - Indicação Clínica

RELATA QMN HOJE EM AULA DE EDUCACAO FISICA, ESTAVA FAZENDO FLEXAO E NAO AGUENTO, CONTUSAO DE OMENT

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI SMC

1

28 - QI Autoriz

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CIES

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 - Qide

43 - Via

44 - Tec.

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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L M J N

2 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

3 - L M J N

4 - L M J N

5 - L M J N

6 - L M J N

7 - L M J N

8 - L M J N

9 - L M J N

10 - L M J N

Impresso por: MARIA CRISTINA

Data/Hora: 21/03/2023 10:07:58

Conselho: 06

Atendimento: 1236221

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CHANTRE

**

Atendimento.....: 1298221

Pedido.....: 727015

Paciente.....: MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

Data do Exame.: 20/03/2023

RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

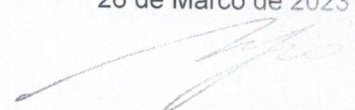
Exame realizado na incidência Waters, Caldwell e Perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Transparência normal dos seios paranasais e cavidades nasais.

Septo nasal centrado.

26 de Marco de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

60113

URGENCIA/EMERGENCIA
CLINICA MEDICA - PAVINICIUS.HARAI
20/03/2023 12:44:51

Atendimento: 1298221 Data do Atendimento: 20/03/2023
Prontuário: 993716 Nome: MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 09/08/2007
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: PROFESSORA MAGALI APARECIDA PANTUCHA Numero 33 CEP: 83005560

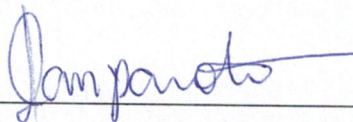
Bairro: SAO PEDRO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2335363

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 : MIRELLI CAMPAROTO, 15 ANOS.

Início da Triagem: 12:38:15.

Fim da Triagem: 12:40:15.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

CLINICO

RELATA CONTUSÃO EM REGIÃO MENTONIANA E APRESENTA ESCORIAÇÃO LEVE. NEGA CEFALÉIA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: DESCONHECE

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 92bpm FR: 16rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor: 2/10

Internado dentro do período de 60 dias em: NEGA Proveniente de instituição de cuidados no últimos 30 dias: NEGA

Data: 20/03/2023.

Enfermeiro Matheus Dallagrana Paraizo

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1298221 **Prontuário:** 993716 **SAME:** **Hora Atend:** 12:40 **Data Atend:** 20/03/2023
Paciente..... : MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE **Idade:** 15 a
Endereço..... : PROFESSORA MAGALI APARECIDA PANTUCHA
Bairro..... : SAO PEDRO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83005560
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/03/2023 **Hora Saída :** 13:58

Prestador da Evolução Médica: 1694 **VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI**

HDA

RELATA QMN HOJE EM AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESTAVA FAZENDO FLEXÃO E NAO AGUENTO, CONTUSÃO DE OMENTO EM CHÃO, APRÓX 15CM DE ALTURA. ESCORIAÇÃO SUPERFICIAL, SEM SANGRAMENTO ATIVO. ACOMPANHADA DA MÃE. NEGA DOR EM ATM.

EXAME FISICO

BEG, LOTE, CORADA
SSVV ESTAVEIS
ESCORIAÇÃO MÍNIMA EM OMENTO. MORDIDA SEM ALTERAÇÃO, AMPLITUDE DE MANDIBULA PRESERVADA E SEM DOR. SEM CREPITAÇÃO EM ATM
RX FACE: S/P

EVOLUCAO

LISADOR 1g _____ 1 CAIXA
- Tomar 1 comprimido de 6/6h, se dor.

APLICAR GELO LOCAL 2/3X DIA POR 3 DIAS

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO SUPERFICIAL FACE
S009

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO SUPERFICIAL FACE
S009

TRATAMENTO

SOLICITO RX FACE
ALTA COM ORIENTAÇÕES GERAIS, RETORNO S/N
PCTE E ACOMPANHANTE CIENTES E CONCORDANTES

Dr. Evandro Bianco

CRM PR 42.508

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI / 47240
CLINICA GERAL

PRESCRIÇÃO.: 1470712 DATA: 20/03/2023 13:36

USUÁRIO.....: VIKTOR.GIANINI

ATENDIMENTO: 1298221 DT NASC: 09/08/2007 (15A 7M 18D)

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

PACIENTE...: 993716 - MIRELLI CAMPAROTO RESTOFE

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 20/03/2023 12:40 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI SERVIÇO: CLINICA GERAL

UNID. INT...: CLINICA MEDICA LEITO...: COBERTURA:

CID.....: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA CICLO...: 1/

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO...:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1298221

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM						
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 SEIOS DA FACE F.N - M.N. - LAT	1					

VIKTOR CLETO MORAIS GIANINI

CRM: 47240