

Atendimento: 1361140 - NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS Lote: 1668496 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
Guia.....: 13817 Validade.:05/10/2023
Senha.....: 13817 Autoriz.:05/10/2023
Carteira.: 278305 Validade.: 30/12/2023 Titular....: NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS
: ILIDIO DALPRA

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
05/10/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
05/10/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO MARIANA RIECHI AMATNECKS - 28506 05019799998	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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13817

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 05/10/2023	5 - Sentia 13817
6 - Data de Validade da Sentença 13817	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13817
8 - Número da Carteira 278305	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
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 MARIANA RIECHI AMATNECKS	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28506	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/10/2023
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO EM TNZ E PE ESQUERDO	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Cl. Solic. 28 - Cl. 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 05/10/2023 15:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 05/10/2023 16:12 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 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 - 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\$) 95,64	60 - Total de Taxas e Anúncios (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\$) 95,64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nathalia Vitória Santos Ribas
Nº da Carteira: 2.78.305
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 09/09/2008

Nº da Guia: 13817

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/10/2023	14:09:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna estava em atividade de educação física quando houve o choque com outra aluna ocasionando a torção do pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

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

Aluna foi atendida pela professora aplicado gelol e gelo no local afetado, foi comunicado o responsável e orientado a encaminhar ao hospital de referência.

Fábio Bittencourt Machado

Ass.:

Coord. Disciplinar

Surion Velloso

Fábio Bittencourt Machado

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 13817

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/10/2023

5 - Sentença

13817

6 - Data de Validade da Sentença

13817

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
278305

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Apendimento a RN

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

Dra: Mariana R Amateucks

MÉDICO CRM-PR 28506

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

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 05/10/2023 15:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 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(iais) Executante(s)

48-Sq. Ref. 49-Gt. 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 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Anuidades (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



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

2 - Nº Guia no Prestador 13817

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/10/2023

5 - Senha

13817

6 - Data de Validade da Senha

13817

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
278305

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS

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

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 05/10/2023 15:45 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 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 - / /
2 - / / 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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1361140
764835

Paciente.....: NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA
Data do Exame.: 05/10/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

09 de Outubro de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTUÁRIO SOCORRO ORTOPEDICOPATRICIA.ROSA
05/10/2023 15:46:14

Atendimento: 1361140 Data do Atendimento: 05/10/2023
Prontuário: 848202 Nome: NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 09/09/2008
RG: 144243315 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 97534190
Rua: ILIDIO DALPRA Numero 790 CEP: 83406080
Bairro: VILA SAO GABRIEL Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Matricula: 278305
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: OSWALDO CORDEIRO RIBAS NETO 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.

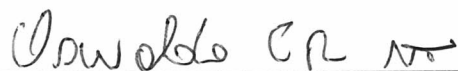
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : NATHALIA VITÓRIA SANTOS RIBAS, 15 ANOS

Início da Triagem: 15:38:45.

Fim da Triagem: 15:40:53.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TORÇÃO NO PÉ ESQUERDO. RELATA DOR LOCAL.

Comorbidades: .

MUC: AEROLIN, SIBICORT

ALERGIAS:HISTAMIN

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:88bpm FR:rpm Tax:36°C SatO2:98% ECG:
Dor:

Data: 05/10/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1361140 **Prontuário:** 848202 **SAME:** 848202 **Hora Atend:** 15:45 **Data Atend:** 05/10/2023
Paciente..... : NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS **Idade:** 15 a
Endereço..... : ILIDIO DALPRA
Bairro..... : VILA SAO GABRIEL
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83406080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/10/2023 **Hora Saída :** 19:19
Prestador da Evolução Médica: 354 **MARIANA RIECHI AMATNECKS**

HDA

TRAUMA DIRETO EM TNZ E PE ESQUERDO

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO COM APOIO EM MEMBRO COM CLAUDICAÇÃO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAOD E MALEOLO LATERAL, SEM DOR EM OUTROS LOCAIS A PALPAÇÃO,
SEMD OR EM FIBULA ALTA/PERNA E SEM DOR EM BASE DE 5 MTT
SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR AO EXAME, TESTE DE GAVETA NEGATIVO
NV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA EM REGIAO LATERAL DE TORNOZELO
SEM SINAIS DE LESAO DE TRICEPS SURAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DE PÉ E BASE DE 5 MTT
ADM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA, POREM DOLOROSO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE TORNOZELO

TRATAMENTO

PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO AMBULATORIAL
PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.

Dra. Mariana Riechi Amatnecks
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 28506/SBOT 4363

MARIANA RIECHI AMATNECKS / 28506
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1543888 DATA: 05/10/2023 16:12
USUÁRIO....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1361140 DT NASC: 09/09/2008 (15A OM 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 848202 - NATHALIA VITORIA SANTOS RIBAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/10/2023 15:45 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARIANA RIECHI AMATNECKS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S900 CONTUSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1361140

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	1					

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078