

Atendimento: 1544360 - SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO Lote: 1953235 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
 Sub Plano.:
 Medico/CRM: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
 Guia.....: 28260 Validade.:16/05/2025
 Senha.....: 28260 Autoriz.:16/05/2025
 Carteira.: 28260 Validade.: 11/11/2025 Titular...: SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO
 : RUA JOAO CECCON

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/05/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
13/05/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO ALEX WILLIAM CHOCIAI DA R - 45739 06433135919	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 151,16

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.SOUZA
13/05/2025 14:38:49

Atendimento: 1544360 Data do Atendimento: 13/05/2025
Prontuário: 1041062 Nome: SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 17/09/2010
RG: CPF: 14433994936 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 998664622

Rua: RUA JOAO CECCON

Numero 239

CEP: 83406060

Bairro: SAO GABRIEL

Cidade: COLOMBO

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 28260

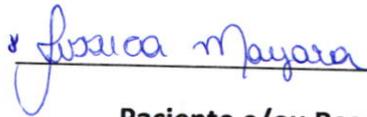
Médico: PLANTONISTA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sarah Rafaelly Marques Modesto
Nº da Carteira: 2.11.7978
Instituição: Colégio Curitibano Adventista Bom Retiro



Data de Nascimento: 17/09/2010

Nº da Guia: 28260

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2025	12:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Durante a aula de educação física, a aluna estava jogando basquetebol. Ao dar um passo para trás, torceu o pé esquerdo e sentiu dor no momento. O local está um pouco inchado e dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane	(41) 3225-4990

Quem prestou primeiros socorros	Data
a Mesma	13/05/2025

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 professora, que a encaminhou para a administração escolar realizar os procedimentos necessários para o envio da aluna ao hospital de referência. Os responsáveis pela aluna serão informados sobre o ocorrido e orientados a levá-la à unidade de saúde indicada.

Ass.: _____

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

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 5697469

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
-------------------------	-----------	-------------------------------	---

8 - Número da Carteira 28260	9 - Validade da Carteira 11/11/2025	10 - Nome SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---------------------------------	--	---	---	----------------------------

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 13/05/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 11	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-----------------------------------	--	------------------------	-------------------	--	----------------

27 - Pr.Sd.	28 - QI Autoriz.
-------------	------------------

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 9	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 1 13/05/2025 14:36 14:36	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00
---	--	---

Identificação (do) Profissional(a) Esquerda(s) / Direita(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	58 - Observação / Justificativa
1 - / /	3 - / /	
2 - / /	4 - / /	
5 - / /	6 - / /	
7 - / /	8 - / /	
9 - / /	10 - / /	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de O.P.M.E. (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 80.00
--	--	---------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---------------------------------

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 5697469

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

28260

11/11/2025 SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 766330518000107

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 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 13/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dr. Alex W. Chacian da Rocha
MÉDICO
CRM 25.065/SP

28 - CI Autoriz

Dados do Contratado Esculente

29 - Código na Operadora 766330518000107

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 11

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta 9

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES 3005585

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 13/05/2025 14:36 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

80.00

80.00

Identificação (sigla) Profissional(a) Encarregado(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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

58 - Observação / Justificativa

4 - / /

6 - / /

8 - / /

10 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPMs (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 80.00

66 - Assinatura do Responsável para Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1544360 **Prontuário:** 1041062 **SAME:** 1041062 **Hora Atend:** 14:36 **Data Atend:**13/05/2025
Paciente..... : SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA JOAO CECCON
Bairro..... : SAO GABRIEL
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83406060
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/05/2025 **Hora Saída :** 18:52

Prestador da Evolução Médica: 1918 **ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA**

HDA

TRAUMA TORCIONAL NO TORNOZELO DIREITO DURANTE BASQUETE, REFERE QUE FEZ GIRO COM MID E PE TRAVOU. NEGA TRAUMA DIRETO.

EXAME FISICO

TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM SEM RESTRICAO
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL. SEM DOR MEDIAL
SEM DOR MALEOLAR OU FIBULA ALTA
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO D - LESAO LIG AGUDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO D - LESAO LIG AGUDA

TRATAMENTO

ORIENTO IMOBILIZACAO COM TORNOZELEIRA
CETOPROFENO, GELO
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA.
ORIENTO E COMPREENDE SOBRE QUADRO, CONDUTA ADOTADA E SINAIS DE ALERTA A OBSERVAR.
RETORNO AO PRONTO SOCORRO SE SINAIS DE ALERTA, PIORA OU MUDANÇA DE PADRÃO.

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO (Hospital XV)
CRM/PR 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1747304 DATA: 13/05/2025 14:56
 USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
 ATENDIMENTO: 1544360 DT NASC: 17/09/2010 (14A 7M 28D)
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 PACIENTE...: 1041062 - SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 13/05/2025 14:36 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
 CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO...:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1544360**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO) 40804089 Obs.: AP + P	1						
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO) 40804097 Obs.: AP + OBLIQ	1						

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Atendimento.....: 1544360

Pedido.....: 876634

Paciente.....: SARAH RAFAELLY MARQUES MODESTO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 13/05/2025

TORNOZELO DIREITO

EXAME RADIOLÓGICO DO

???????

Técnica:

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e lateral.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

27 de Maio de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618