

Atendimento: 1424521 - SOFIA SANTOS FERRAZ Lote: 1768116 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SOFIA SANTOS FERRAZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: WILSON CARLOS SOLA JR / 20034
Guia.....: 995867 Validade.:24/04/2024
Senha.....: 995867 Autoriz.:24/04/2024
Carteira.: 2117691 Validade.: 02/05/2024 Titular....: SOFIA SANTOS FERRAZ
: BELEM

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/04/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/04/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO WILSON CARLOS SOLA JR - 20034 02059007984	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador **995867**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/04/2024		5 - Senha 995867	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 995867	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117691		9 - Validade da Carteira 02/05/2024	
10 - Nome SOFIA SANTOS FERRAZ		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 WILSON CARLOS SOLA JR		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20034		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/04/2024	
23 - Indicação Clínica VEM PARA AVALIAR DOR E LUXACAO DE PATEL A ESQ, 3 EPISODIO			
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			
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	
42 - Qtde.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - Fator R/Acr	
46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 24/04/2024 09:56 09:56 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00			
2 24/04/2024 10:32 10:32 22 40804062 RX - PATELA 001 1.0 31.72 31.72			
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 -		7 -	
6 -		9 -	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72		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\$) 96.72			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Santos Ferraz

Nº da Carteirinha: 2.11.7691

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 18/07/2012

Nº da Guia: 17159



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2024	08:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Correndo	Joelho Esquerdo

Descrição
A Aluna estava na educação física jogando handebol e durante uma corrida sentiu a patela do joelho esquerdo deslizar. Logo após o ocorrido a Sofia se queixou de dor no local e surgiu um inchaço, porém a dor passou e o inchaço permaneceu.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane Xavier	(41) 3225-1920
Prof. Regiane Xavier	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Regiane e Monitora Fabiola	24/04/2024

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
Foi aplicado gelo no local, mãe avisada e orientada a levar a Sofia para avaliação médica.

Ass.:

Letícia Vieira Pinto

Letícia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sofia Santos Ferraz

Nº da Carteira: 2.11.7691

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 18/07/2012

Nº da Guia: 17159

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2024	08:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Correndo

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

A Aluna estava na educação física jogando handebol e durante uma corrida sentiu a patela do joelho esquerdo deslizar. Logo após o ocorrido a Sofia se queixou de dor no local e surgiu um inchaço, porém a dor passou e o inchaço permaneceu.

Testemunha da ocorrência

Prof. Regiane Xavier

Prof. Regiane Xavier

Telefone

(41) 3225-1920

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Regiane e Monitora Fabiola

Data

24/04/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000

(41) 3218-2181

Observações

Foi aplicado gelo no local, mãe avisada e orientada a levar a Sofia para avaliação médica.

Ass.:

Leticia Vieira Pinheiro

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

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 **995867**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/04/2024		5 - Senha 995867	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 995867	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2117691		9 - Validade da Carteira 02/05/2024	
10 - Nome SOFIA SANTOS FERRAZ		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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/04/2024	
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			
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 1 24/04/2024		37 - Hr. Inicial 09:56	
38 - Hr. Final 09:56		39 - Tabela 22	
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Téc. 1.0		45 - Fator R/Acr 65.00	
46 - Valor Unitário 65.00		47 - Valor Total 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	
Dados da Realização de Procedimentos em Série			
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			

DR. WILSON SOLA JR.
Ortopedia e Traumatologia
Ombro e Cotovelo
CRM-PR 20.034

DR. WILSON SOLA JR.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.034



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

2 - Nº Guia no Prestador **995867**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/04/2024		5 - Senha 2495867	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 995867	
8 - Número da Carteira 2117691		9 - Validade da Carteira 02/05/2024	
10 - Nome SOFIA SANTOS FERRAZ		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 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 24/04/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25			
25 - Código do Procedimento 26			
26 - Descrição 27			
27 - Qt. Solic. 28			
28 - Qt. 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) 9			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1			
37 - Hr. Inicial 24/04/2024			
38 - Hr. Final 09:56			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 65.00			
45 - Fator R/Acr 65.00			
46 - Valor Unitário 65.00			
47 - Valor Total 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			
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 Casos Médicos (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.....: 1424521

Pedido.....: 802652

Paciente.....: SOFIA SANTOS FERRAZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: WILSON CARLOS SOLA JR

Data do Exame.: 24/04/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

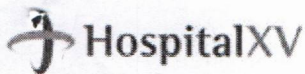
Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

02 de Maio de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149



FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PALOMA.NASCIMENTO
24/04/2024 09:58:22

Atendimento: 1424521 Data do Atendimento: 24/04/2024
Prontuário: 995867 Nome: SOFIA SANTOS FERRAZ
Sexo: FEMININO Idade: 11 Data de Nascimento: 18/07/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: BELEM Numero 61 CEP: 80035170
Bairro: CABRAL Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117691
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANNI KAROLINY DOS SANTOS Parentesco: MAE

- 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 : SOFIA SANTOS FERRAZ 11 ANOS

Início da Triagem: 09:50:31.

Fim da Triagem: 09:52:52.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MIE JOELHO COM EDEMA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 83bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 24/04/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1617740 DATA: 24/04/2024 10:32
USUÁRIO.....: WILSON.SOLA
ATENDIMENTO: 1424521 DT NASC: 18/07/2012 (11A 9M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 995867 - SOFIA SANTOS FERRAZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/04/2024 09:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: WILSON CARLOS SOLA JR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1424521

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Dr. WILSON SOLA JR.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 20034
WILSON CARLOS SOLA JR
CRM: 20034

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1424521 **Prontuário:** 995867 **SAME:** 995867 **Hora Atend:** 09:56 **Data Atend:** 24/04/2024
Paciente..... : SOFIA SANTOS FERRAZ **Idade:** 11 a
Endereço..... : BELEM
Bairro..... : CABRAL
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80035170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M222 - TRANSTORNOS FEMUROPATELARES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO ESPECIALISTA
Data Saída..... : 24/04/2024 **Hora Saída :** 11:05
Prestador da Evolução Médica: 15 **WILSON CARLOS SOLA JR**

HDA

DEM PARA AVALIAR DOR E LUXAÇÃO DE PATEL A ESQ, 3 EPISODIO

EXAME FISICO

EDEMA E DERRAM
REDUZIDA LUXAÇÃO
SEM CONDIÇÕES DE EXAME ADQUADO

DIAGNOSTICO

LUX PATELA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LUX PATELA

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO E RETORNO COM ESPECIALISTA
GELO E JOELHEIRA

Dr. WILSON SOLA JR.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.034

WILSON CARLOS SOLA JR / 20034
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA