

Atendimento: 1538464 - SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA Lote: 1944374 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
Guia.....: 27698 Validade.:24/04/2025
Senha.....: 27698 Autoriz.:24/04/2025
Carteira.: 369196 Validade.: 25/04/2025 Titular....: SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA
: RUA CANADA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/04/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/04/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA OLIVEIRA
24/04/2025 19:30:01

Atendimento: 1538464 Data do Atendimento: 24/04/2025
Prontuário: 1039844 Nome: SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 25/05/2012
RG: CPF: 10391507990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998932171
Rua: RUA CANADA Numero 2128 CEP: 82510290
Bairro: BACACHERI Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 369196
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: VANESSA CAROLINA CARTELLI 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 27698

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
24/04/2025

5 - Sessão

27698

6 - Data de Validade da Sessão

27698

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário
369196

9 - Validade da Carteira

25/04/2025

10 - Nome

SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA

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
GUSTAVO PEREIRA BOTELHO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

21523

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação

24/04/2025

23 - Indicação Clínica

PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE REFERE INSTABILIDADE EM TORNOZELO, COM VARIOS EPISODIOS DE ENT

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

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data a 37 - Hora Inicial a 38 - Hora Final a 39 - Tabela a 40 - Procedimento a 41 - Descrição

1	24/04/2025	19:26	22	10101039	CONSULTA EX PRONTO SOCORRO	42 - Qtd.	43 - Vi a 44 - Téc.	45 - Fator R/Nor	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
2	24/04/2025	20:40	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSA (TORNOZELO)	001		1.0	80.00	80.00
						001		1.0	35.58	35.58

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPE 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\$)
115.58

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\$)

115.58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Vitoria Cartelli Oliveira Moreira

Nº da Carteira: 3.6.9196

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 25/05/2012

Nº da Guia: 27698



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/04/2025	16:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, foi receber a bola, mas escorregou, fazendo a mesma torcer o pé. A aluna após virar o pé, procurou atendimento na sala de apoio do colégio, pegou um gelo e retornou para a sala, mas retornou após o intervalo, pois o pé está incomodando muito e foi atendida pelo monitor responsável pela sala de apoio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosane	24/04/2025

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 monitora Rosane e foi feita contato com os pais da aluna para que ela encaminhe a aluna até o atendimento encaminhado.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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/SIADT

2 - Nº Guia no Prestador 27698

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
24/04/2025

5 - Sentia

27698

6 - Data de Validade da Sentia

27698

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

25/04/2025

SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA

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 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
24/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Esclarecido

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)

34 - Tipo de Consulta
9

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 24/04/2025 19:26 19:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Reg. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00

Identificação do(a) Profissional(s) 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

58 - Observação / Justificativa

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 OPME (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 27698

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
24/04/2025

5 - Sentença
27698

6 - Data de Validade da Sentença
27698

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora
27698

8 - Número da Carteira
369196

9 - Validade da Carteira
25/04/2025

10 - Nome
SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código do Operador
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 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/04/2025

23 - Indicação Clínica

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

27 - Qr.Solic.
28 - Qr.Autoriz.

Dados do Contrato Especialidade

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 24/04/2025 19:26 19:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qr.Cide. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00 80.00

Identificação do(a) Profissional(a) 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

58 - Observação / Justificativa

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

PRESCRIÇÃO.: 1741142 DATA: 24/04/2025 20:40
USUÁRIO..... PEDRO.PEREIRA
ATENDIMENTO: 1538464 DT NASC: 25/05/2012 (12A 11M 0D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.... 1039844 - SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/04/2025 19:26 0 DIAS(S) INT

MÉDICO..... PEDRO NAKANO PEREIRA 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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1538464*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)40804089	1						

PEDRO NAKANO PEREIRA
CRM: 59883

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1538464 Prontuário: 1039844 SAME: 1039844 Hora Atend: 19:26 Data Atend:24/04/2025
Paciente..... : SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA Idade: 12 a
Endereço..... : RUA CANADA
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA UF...: PR CEP: 82510290
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/04/2025 Hora Saída : 23:45
Prestador da Evolução Médica: 2268 PEDRO NAKANO PEREIRA

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE REFERE INSTABILIDADE EM TORNOZELO, COM VARIOS EPISODIOS DE ENTORSE DE TORNOZELO. DE INICIO DESDE JULHO DO ANO PASSADO. REFERE ENTORSE HOJE.
NEGA ALERGIA
NEGA MUC

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO DE MALEOLO LATERAL E MEDIAL. EDEMA LOCAL, ADM RESTRITA PELA DOR. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA.

TRATAMENTO

ROBOFOOT + NOVALGINA + ALIVIUM + PEDIDO RNM + ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO S/N + ATESTADO 20 DIAS + ORIENTO REPOUSO + ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1538464 **Prontuário:** 1039844 **SAME:** 1039844 **Hora Atend:** 19:26 **Data Atend:** 24/04/2025
Paciente..... : SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA CANADA
Bairro..... : BACACHERI
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82510290
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 24/04/2025 **Hora Saída :** 23:45

Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE REFERE INSTABILIDADE EM TORNOZELO, COM VARIOS EPISODIOS DE ENTORSE DE TORNOZELO. DE INICIO DESDE JULHO DO ANO PASSADO. REFERE ENTORSE HOJE.
NEGA ALERGIA
NEGA MUC

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO DE MALEOLO LATERAL E MEDIAL. EDEMA LOCAL, ADM RESTRITA PELA DOR. NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

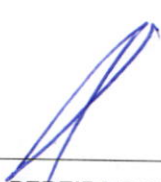
ENTORSE DE TORNOZELO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO
RX NÃO VISUALIZO FRATURA.

TRATAMENTO

ROBOFOOT + NOVALGINA + ALIVIUM + PEDIDO RNM + ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO S/N + ATESTADO 20 DIAS + ORIENTO REPOUSO + ORIENTO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
30711010


GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRM/PR 21523

Atendimento.....: 1538464

Paciente.....: 873014

Paciente.....: SOFIA VITORIA CARTELLI OLIVEIRA MOREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 24/04/2025

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.

25 de Abril de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639