

Atendimento: 1473840 - VALENTINA FERNANDES FERREIRA Lote: 1844772 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA FERNANDES FERREIRA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKA DE MELLO / 48610
Guia.....: 21367 Validade.:24/09/2024
Senha.....: 21367 Autoriz.:24/09/2024
Carteira.: 2326494 Validade.: 12/12/2024 Titular...: VALENTINA FERNANDES FERREIRA
: RUA DOUTOR CANUTO MACIEL DE ARAUJO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	110,01	0,00	0,00	0,00	0,00	110,01
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						190,01

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/09/2024	40803040 CLAVÍCULA	EXAME	1	36,6678	36,67
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
24/09/2024	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc	EXAME	2	36,6678	73,34
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					110,01

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
24/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	LUISA SOUZA ZARSKA DE MEL - 48610 06665931919	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 190,01

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Fernandes Ferreira

Nº da Carteira: 2.32.6494

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/07/2015

Nº da Guia: 21367



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	16:22:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Ombro Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e teve um choque com outro aluno durante a aula. Está reclamando de dores no ombro esquerdo

Testemunha da ocorrência

Rocha

Telefone
(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Rocha

Data

24/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222	Alto da XV	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Foi aplicado gelo no local

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/fama> (para prestadores) ou E-mail: assistencia@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

assistencia@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Ass.:
Leonardo de Assis Rosa
Coordenador Disciplinar



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

2 - Nº Guia no Prestador **21367**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/09/2024		5 - Senha 21367	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21367	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2326494		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome VALENTINA FERNANDES FERREIRA		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 24/09/2024	
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 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 24/09/2024 18:37 18:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 80.00 80.00	
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 - / /		5 - / / 7 - / /	
2 - / / 4 - / /		6 - / / 8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
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 **21367**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/09/2024		5 - Senha 21367	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21367	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2326494	
9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome VALENTINA FERNANDES FERREIRA	
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 - Caráter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 24/09/2024		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		36 - Data 24/09/2024	
37 - Hr. Inicial 18:37		38 - Hr. Final 18:37	
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 80.00		46 - Valor Unitário 80.00	
47 - Valor Total 80.00		48 - Sq. Ref.	
49 - Gr. Part		50 - Cod 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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Valentina Fernandes Ferreira
Nº da Carteira: 2.32.649.4
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/07/2015 Nº da Guia: 21367

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	16:22:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Ombro Esquerdo

Partes do corpo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e teve um choque com outro aluno durante a aula. Está reclamando de dores no ombro esquerdo

Testemunha da ocorrência

Rocha

Telefone (41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Rocha

Data 24/09/2024

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMATISMOS DE CABEÇA)
Rua XV de Novembro

Endereço

Nº 222
Alto da XV

Bairro

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

Foi aplicado gelo no local

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> ou E-mail: assistencia@clinicaadventista.org.br (para prestadores) ou E-mail: assistencia@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

assistencia@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Atendimento.....: 1473840

Pedido.....: 832925

Paciente.....: VALENTINA FERNANDES FERREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKA DE MELLO

Data do Exame.: 24/09/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO OMBRO ESQUERDO (AP+P)

Os seguintes aspectos foram observados:

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

02 de Outubro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Atendimento.....: 1473840

Pedido.....: 832925

Paciente.....: VALENTINA FERNANDES FERREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 24/09/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO OMBRO ESQUERDO (AP+P)

Os seguintes aspectos foram observados:

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

02 de Outubro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1473840

Pedido.....: 832925

Paciente.....: VALENTINA FERNANDES FERREIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 24/09/2024

EXAME RADIOLÓGICO DO OMBRO DIREITO (AP+P)**Os seguintes aspectos foram observados:**

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

02 de Outubro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
24/09/2024 18:39:02

Atendimento: 1473840 Data do Atendimento: 24/09/2024
Prontuário: 1026486 Nome: VALENTINA FERNANDES FERREIRA
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 30/07/2015
RG: CPF: 12678513920 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998732616
Rua: RUA DOUTOR CANUTO MACIEL DE ARAUJO Numero 620 CEP: 83035110
Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2326494
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANA CAROLINA FERNANDES 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/incusão** 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

PRESCRIÇÃO.: 1671525 DATA: 24/09/2024 19:22
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1473840 DT NASC: 30/07/2015 (9A 1M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1026486 - VALENTINA FERNANDES FERREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2024 18:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1473840

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO) 40803074	1					
2 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (DIREITO) 40803074	1					
3 CLAVICULA (ESQUERDO) -40803040	1					

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1473840 Prontuário: 1026486 SAME: 1026486 Hora Atend: 18:37 Data Atend:24/09/2024
Paciente..... : VALENTINA FERNANDES FERREIRA Idade: 9 a
Endereço..... : RUA DOUTOR CANUTO MACIEL DE ARAUJO
Bairro..... : CIDADE JARDIM
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF...: PR CEP: 83035110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 25/09/2024 Hora Saída :00:27
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

ACOMPANHADA DA MAE
ENCAMINHADA DA ESCOLA DEVIDO A TRAUMA DIRETO "OMBRO-OMBRO" COM OUTRO COLEGA
MAE NEGA EQUIMOSE, MAS TE DIFICULDADE PARA MOBILIZAR MSE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
P33KG

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
SEM DEFORMIDADES, EDEMA OU EQUIMOSE
DOR A PALPAÇÃO EM TERÇO MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA, REGIAO ANTEROLATERAL DE OMBRO
ESQUERDO
ADM LIMITADA POR DOR
SEM QUEIXAS EM COTOVELO E PUNHO, ADM LIVRE
NEUROVASCULAR PRESERVADO
RX:SEM SINAIS DE FRATURA OU LIXAÇÃO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO OMBRO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO OMBRO ESQUERDO

TRATAMENTO

RS COMPARATIVO
ESCLAREÇO QUADRO E CONDUTA
ORIENTO CRIOTERAPIA, REPOUSO RELATIVO ATIVIDADE FÍSICA
PRESCREVO ALIVIM
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO
ORIENTAÇÕES GERAIS

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA