

Atendimento: 1547841 - VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA Lote: 1958394 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA  
 Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO  
 Sub Plano.:  
 Medico/CRM: KARLA MULLER CARVALHO / 14115  
 Guia.....: 28673 Validade.:06/06/2025  
 Senha.....: 28673 Autoriz.:06/06/2025  
 Carteira.: 28673 Validade.: 11/11/2025 Titular...: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA  
 : RUA JOAQUIM ROCHA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

**Resumo da Conta**

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	142,32	0,00	0,00	0,00	0,00	142,32
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
<b>Total da Conta:</b>						<b>222,32</b>

**EXAMES E DIAGNOSTICOS**

**278 RAIOS X**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
23/05/2025	40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
<b>Total :</b>					<b>142,32</b>

**HONORARIOS MEDICOS**

**270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO**

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO KARLA MULLER CARVALHO - 14115 84104350982	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
<b>Total :</b>					<b>80,00</b>	

**Total Geral: 222,32**



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOWENDY.FERREIRA  
23/05/2025 11:34:47

Atendimento: 1547841      Data do Atendimento: 23/05/2025  
Prontuário: 1041703      Nome: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA  
Sexo: FEMININO      Idade: 9      Data de Nascimento: 04/04/2016  
RG:      CPF: 12586644964      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone: 987365254  
Rua: RUA JOAQUIM ROCHA      Numero 919  
Bairro: MARACANA      Cidade: COLOMBO      CEP: 83408450  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 28673      UF: PR  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: SAMARA PRESTES      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







# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Valentina Prestes Scheffer da Silva  
**Nº da Carteira:** 3.357.649  
**Instituição:** Colégio Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 04/04/2016

**Nº da Guia:** 28673

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2025	17:32:00	Ginásio	Aula de ginastica

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

**Descrição**  
Aluna machucou seu pé esquerdo na aula de ginástica no dia 20 de maio de 2025, se queixa de um pouco de dor no local, também se mostrou mais para para o final do período letivo, com um pouco de dificuldade para colocar o pé no chão. Apresenta também inchaço leve no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora de Ginastica	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	22/05/2025

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**  
Entrado em contato com a família

Ass.:   
Larissa Lima Silva

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)







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

2 - Nº Guia no Prestador 5711626

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira 28673 9 - Validade da Carteira 11/11/2025 10 - Nome VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA 11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atribuição 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 - Numero no Conselho 0000 18 - UF 41 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 23/05/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Especiale

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

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizados  
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição  
1 23/05/2025 11:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total  
001 1.0 80.00 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  
1 - / / 3 - / / 5 - / / /  
2 - / / 4 - / / 6 - / / / 7 - / / / 8 - / / / 9 - / / / 10 - / / /

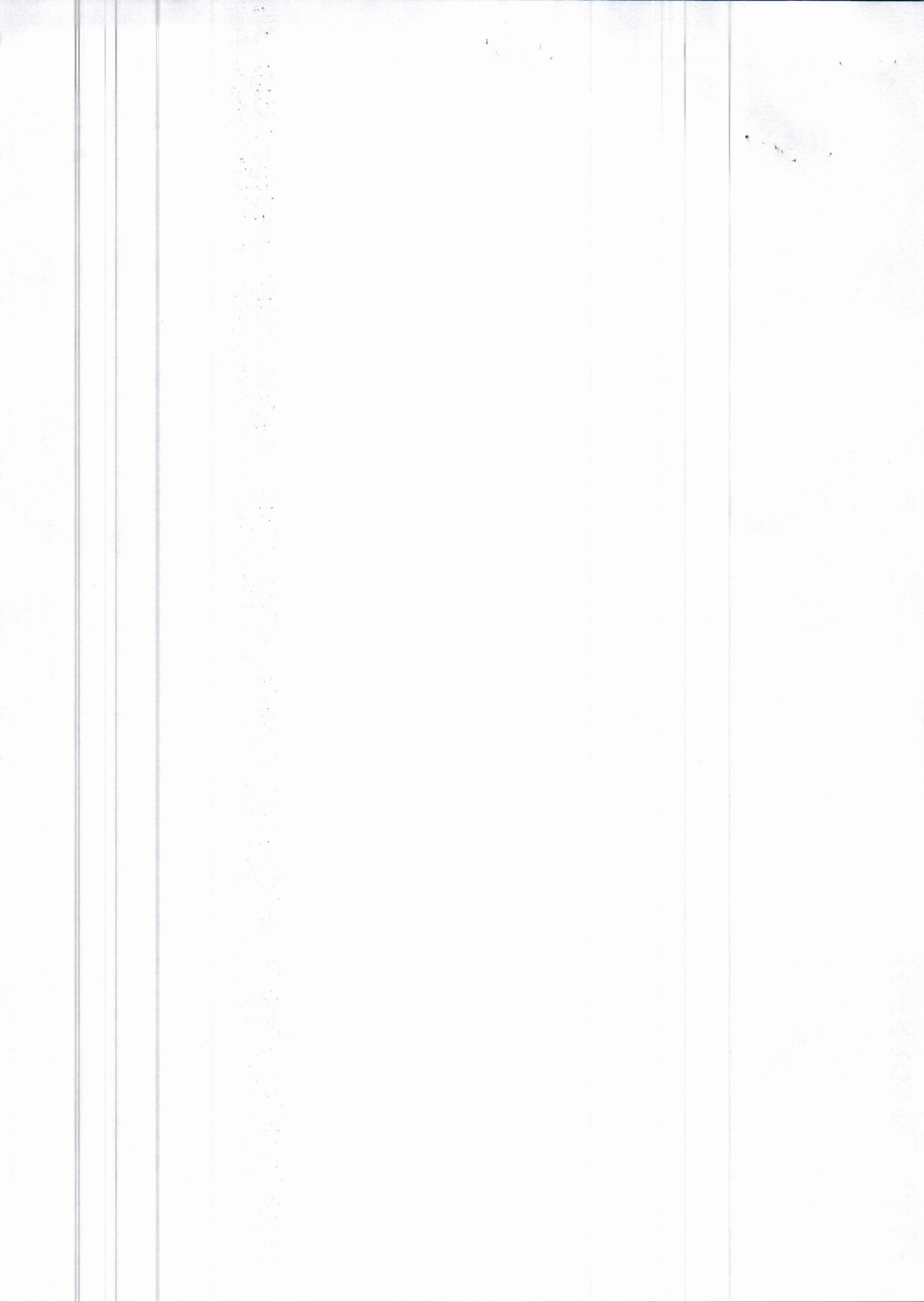
58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00 60 - Total de Taxas e Ausgus (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPRME (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

\*1058394\*









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

2 - Nº Guia no Prestador 5711626

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data de Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira 11/11/2025

10 - Nome VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA

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

Or. Karla Miller Carlini  
Dif. Média  
RM 14.715

21 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 23/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora 76530518000107

30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

31 - Código ONES 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

1 23/05/2025 11:32 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 do(a) Profissional(ais) Encarregado(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

Impresso por: WENDY FERREIRA

Data/Hora: 23/05/2025 11:34:57

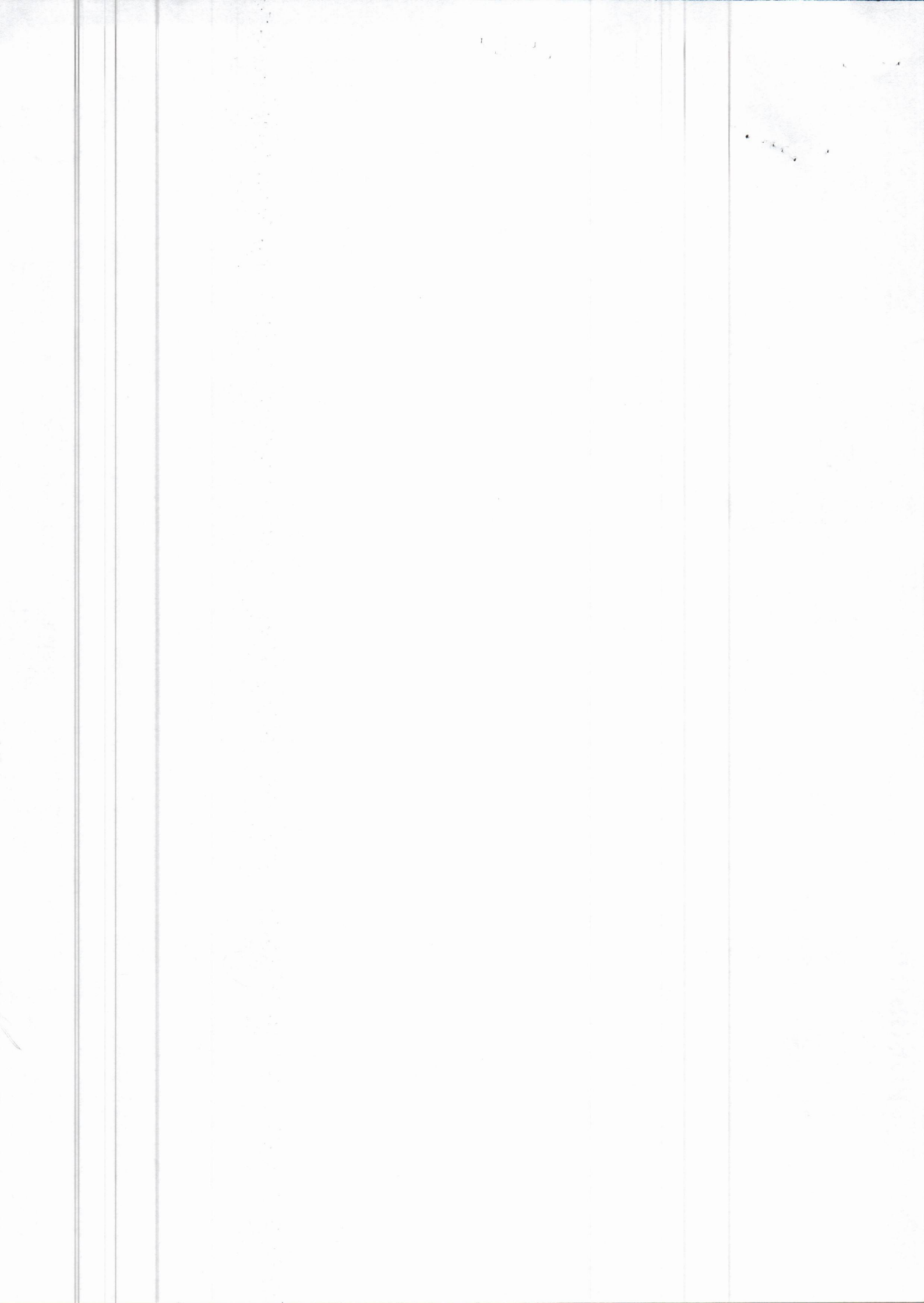
Contato: 1953394

Atendimento: 1547941

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*1058204\*







**HOSPITAL XV DE CURITIBA**

Formulário: Triagem e Classificação de Risco  
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA- 09

Início da Triagem: 11:28:41.

Fim da Triagem: 11:30:26.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

PACIENTE REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO, APÓS TORÇÃO NA ÚLTIMA TERÇA-FEIRA.

\*PESO: 43 KG

\*ESTÁ ACOMPANHADA DA MÃE.

**Comorbidades:** .

**MUC:** MÃE NEGA

**ALERGIAS:**MÃE NEGA

**Sinais Vitais:**

PA: mmHg

FC:97bpm

FR:18rpm

Tax:°C

SatO<sub>2</sub>:98%%

ECG:

Dor:

Data: 23/05/2025.

Enfermeiro (a): CAMILA PIRES



PRESCRIÇÃO.: 1750845 DATA: 23/05/2025 11:46  
 USUÁRIO....: PEDRO.PEREIRA  
 ATENDIMENTO: 1547841 DT NASC: 04/04/2016 (9A 1M 19D)  
 CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 PACIENTE...: 1041703 - VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 23/05/2025 11:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

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:

**\*1547841\***

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**EXAMES DE IMAGEM**

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

*Pedro Nakano Pereira*  
 Médico  
 M.PR 59883

PEDRO NAKANO PEREIRA  
 CRM: 59883



2/10/2011  
10:00 AM  
10:00 AM

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 1547841    **Prontuário:** 1041703    **SAME:** 1041703    **Hora Atend:** 11:32    **Data Atend:**23/05/2025  
**Paciente..... :** VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA    **Idade:** 9 a  
**Endereço..... :** RUA JOAQUIM ROCHA  
**Bairro..... :** MARACANA  
**Cidade..... :** COLOMBO    **UF.:** PR    **CEP:** 83408450  
**Convênio..... :** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    **Plano...:** UNICO  
**CID Principal..... :** S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado..... :** RETORNO AMBULATORIO  
**Data Saída..... :** 23/05/2025    **Hora Saída :** 20:10

**Prestador da Evolução Médica:** 2268    **PEDRO NAKANO PEREIRA**

**HDA**

PACIENTE ACOMPANHADA DA MAE QUE REFERE ENTORSE DE TORNOZELO E HÁ DOIS DIAS. EVOLUI COM DOR E RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.  
ALERGIA NEGA  
EDEMA NEGA  
PESO 43 KILOS.

**EXAME FISICO**

DOR A PALPAÇÃO MALEOLO LATERAL, EDEMA LOCAL. DOR A PALPAÇÃO BASE 5 DEDO E DORSO DO PE. NV PRESERVADO ADM RESTRITO PELA DOR.

**DIAGNOSTICO**

ENTORSE DE TORNOZELO / SALTER HARRIS TIPO 1

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

ENTORSE DE TORNOZELO / SALTER HARRIS TIPO 1

**TRATAMENTO**

robofoot + alivium + novalgina + oriento seguimento ambulatorial + oriento sinais de alarme e retorno s/n

Dra. Karla Müller Carvalho  
Ortopedia  
CRM 14.115

PEDRO NAKANO PEREIRA / 59883  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

117



Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1547841  
Pedido.....: 878701  
Paciente.....: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA  
Data do Exame.: 23/05/2025

## RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

### Os seguintes aspectos foram observados:

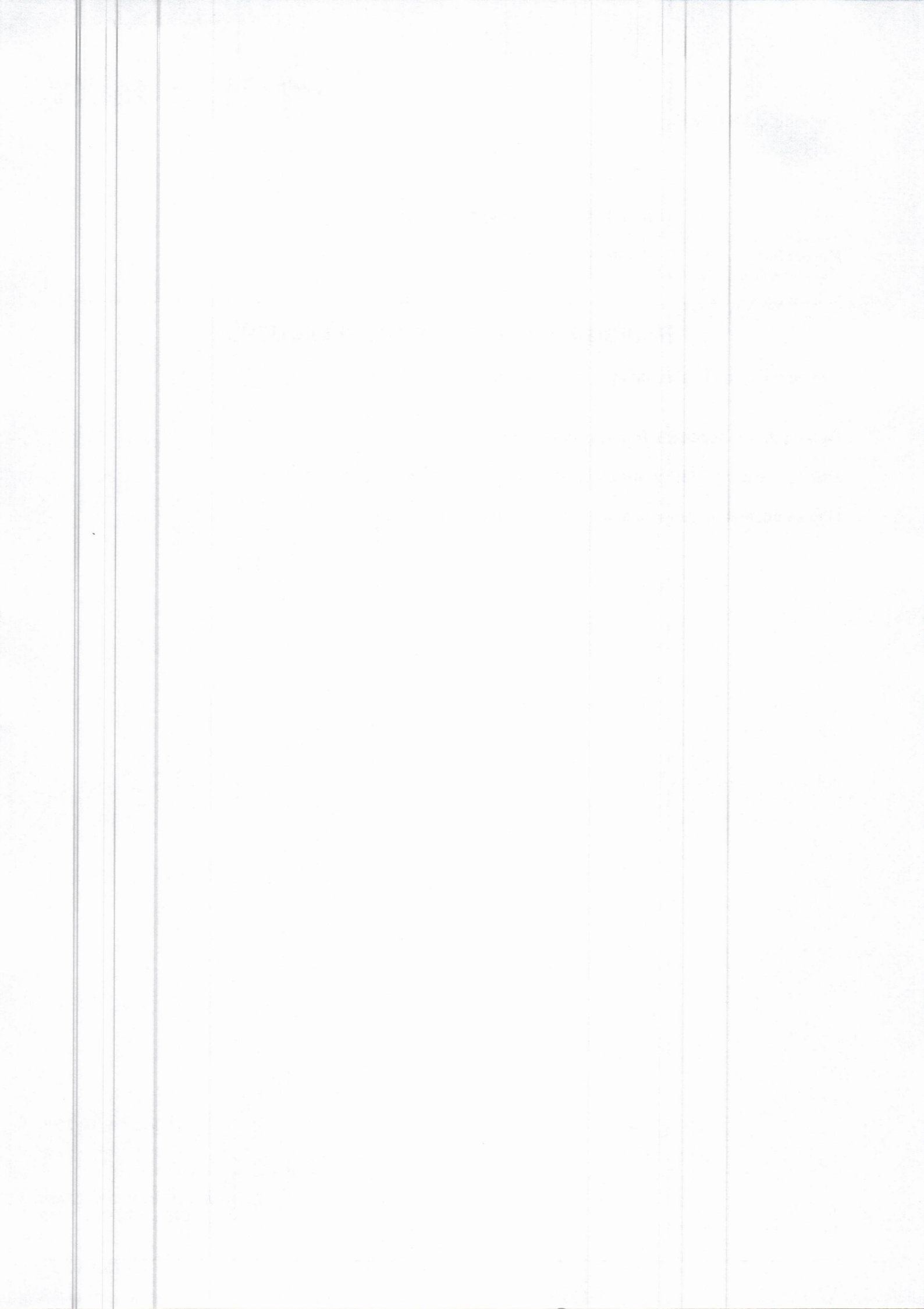
Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Junho de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149





Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1547841

Pedido.....: 878701

Paciente.....: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 23/05/2025

## RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

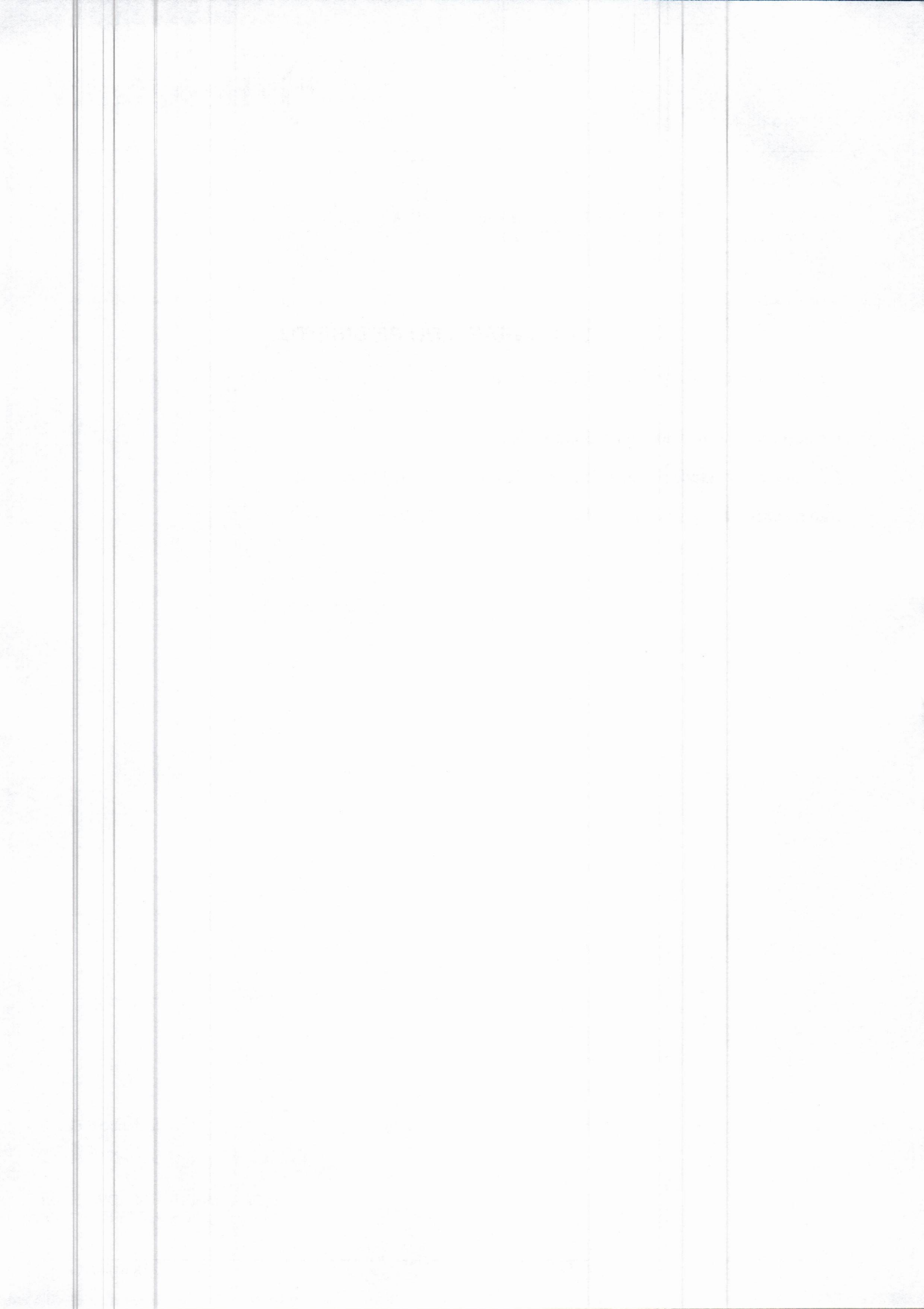
Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

11 de Junho de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149



Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1547841

Pedido.....: 878701

Paciente.....: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 23/05/2025

## RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações no nível dos espaços articulares.

11 de Junho de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149





Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1547841

Pedido.....: 878701

Paciente.....: VALENTINA PRESTES SCHEFFER DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO NAKANO PEREIRA

Data do Exame.: 23/05/2025

## 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.

11 de Junho de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

