

Atendimento: 1339795 - WALESKA NOVO LEONARDECZ Lote: 1634961 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: WALESKA NOVO LEONARDECZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: ABNER ALVES FERREIRA / 45201
Guia.: 12488 Validade.:17/08/2023
Senha.: 12488 Autoriz.:17/08/2023
Carteira.: 368374 Validade.: 12/12/2023 Titular.: WALESKA NOVO LEONARDECZ
: SOCRATES

Plano.: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X				Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.				
01/08/2023	40804070 PERNA	EXAME		1	30,6400	30,64
01/08/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME		1	30,6400	30,64
Total :						61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO				Qtde	VI Unitario	VI Total
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.			
01/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ABNER ALVES FERREIRA - 45201 10359831923	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 12488

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 17/08/2023	5 - Setor 12488	6 - Data de Validade da Sentença 12488	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12488		
8 - Número da Carteira 368374	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome WALESKA NOVO LEONARDECZ	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 ABNER ALVES FERREIRA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45201	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 17/08/2023	23 - Indicação Clínica TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO HOJE PELA MANHA. REFERE QUE RECEBEU CHUTE DE COLEGA. REFERE DOR EM	27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.		
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição					
29 - Código na Operadora 76530518000107				30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 42 - Q1 de. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total					
1 01/08/2023 11:47 11:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00					
2 01/08/2023 12:39 12:39 22 40804070 RX - PERNA 001 1.0 30.64 30.64					
3 01/08/2023 12:39 12:39 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 30.64 30.64					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Cód. na operadora/CPR 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) 126,28 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\$) 126,28					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Waleska Novo Leonardecz

Nº da Carteirinha: 3.6.8374

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 30/03/2009

Nº da Guia: 12488



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/08/2023	10:32:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Esquerda, Panturrilha Esquerda

Descrição

Aluna estava em sala de aula quando um colega que é autista em um momento de crise acabou chutando a região da canela esquerda, não tendo sido motivado por nenhum outro motivo aparente apenas por ser um momento delicado.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitoras Larissa e Janaína	01/08/2023

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

Prestado os primeiros atendimentos a aluna na enfermaria escolar e colocado gelo no local.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:


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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 4626787

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 pelo Operador

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
368374

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
WALESKA NOVO LEONARDECZ

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
Dr. Abner P. Ferreira
Médico
CRM-PR-45201

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

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 CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Exceção / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/08/2023 11:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(es) Examinado(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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 4626787

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 Atibuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome

WALESKA NOVO LEONARDECZ

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
Dr. Adnet
Médico

CRM-PR-45201

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
01/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (cedente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo da 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 01/08/2023 11:47 11:47 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sd. 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 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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
01/08/2023 11:49:08

Atendimento: 1339795 Data do Atendimento: 01/08/2023
Prontuário: 889779 Nome: WALESKA NOVO LEONARDECZ
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 30/03/2009
RG: 152048351 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 30452285

Rua: SOCRATES

Bairro: SANTA CANDIDA

Cidade: CURITIBA

Numero 161

CEP: 82720260

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368374

UF: PR

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1339795 **Prontuário:** 889779 **SAME:** 889779 **Hora Atend:** 11:47 **Data Atend:** 01/08/2023
Paciente..... : WALESKA NOVO LEONARDECZ **Idade:** 14 a
Endereço..... : SOCRATES
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82720260
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - TORNOZELO
Data Saída..... : 01/08/2023 **Hora Saída :** 19:32
Prestador da Evolução Médica: 1919 **ABNER ALVES FERREIRA**

HDA

TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO HOJE PELA MANHÃ. REFERE QUE RECEBEU CHUTE DE COLEGA. REFERE DOR EM REGIÃO ANTERIOR DO TORNOZELO

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE OU AUMENTO DE VOLUME. LEVE DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO ANTERIOR DO TORNOZELO DIREITO. ADM PRESERVADA, NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DA PERNA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DA PERNA

TRATAMENTO

PRESCREVO FLANCOX, NOVALGINA. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO, CASO NECESSÁRIO


Dr. Abner A. Ferreira
Médico
CRM-PR: 45201

ABNER ALVES FERREIRA / 45201
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1519930 DATA: 01/08/2023 12:39
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1339795 DT NASC: 30/03/2009 (14A 4M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 889779 - WALESKA NOVO LEONARDECZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/08/2023 11:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S900 CONTUSAO DO TORNOZELO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1339795

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
2 PERNA (DIREITA)	1					

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201