

Atendimento: 1209566 - AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA Lote: 1433983 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente... AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA
Convenio... 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano...
Medico/CRM: DEIVIDE MATEUS ROSSETTO / 41911
Guia..... Validade...
Senha..... Autoriz...
Carteira... 367852 Validade... 30/12/2022 Titular.... AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA
: ANTONIO MIRESTZKI

Plano..... UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/05/2022	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
13/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO DEIVIDE MATEUS ROSSETTO - 41911 03196277135	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4010908

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
8 - Número da Carteira 367852		9 - Validade da Carteira 30/12/2022		12 - Atendimento a RN			
Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Nome do Profissional Solicitante DEVIDE MATEUS ROSSETTO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 41911		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/05/2022		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	
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 13/05/2022 22:12 22:12 2 13/05/2022 22:26 22:26		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 30.64	
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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 95.64		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\$) 95.64			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Amanda Bernardine de Oliveira

Nº da Carteira: 3.6.7852

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 02/12/2006

Nº da Guia: 6178

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2022	11:35:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
bola de vôlei bateu no dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Elian	13/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
foi aplicado gel e ficou em observação

Ass.: _____

Elian Kelvin dos Santos

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1209566
675471

Paciente.....: AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: DEIVIDE MATEUS ROSSETTO

Data do Exame.: 13/05/2022

RX DA MÃO ESQUERDA**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estrutura óssea íntegra.

Relações e superfícies articulares íntegras.

Aumento de partes moles no 2o dedo.

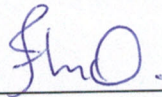
15 de Maio de 2022

Dr(a). BRUNA SCOLARO STASIEVSKI
CRM 37056

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLEANDRO COSTA
13/05/2022 22:11:26

Atendimento: 1209566 Data do Atendimento: 13/05/2022
Prontuário: 978186 Nome: AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 02/12/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999678686
Rua: ANTONIO MIRESTZKI Numero 148 CEP: 83506440
Bairro: VILA FORMOSA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: PARTICULAR *Colegio Adventista* Matrícula:
Médico: DEIVIDE MATEUS ROSSETTO CRM: 41911
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

ETIQUETA DO PACIENTE

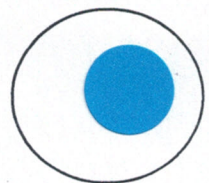
Amendes Bernardino de Oliveira

Início da Triagem:

22:03 h

Final da Triagem:

22:09 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

um prático *trauma* *2 dia mão esquerda*
respiratório

COMORBIDADES :

HAS ☐ CARDIOPATIA ☐ DISLIPIDEMIAS ☐ LIMITAÇÃO FÍSICA ☐
DM ☐ PNEUMONIA ☐ NEOPLASIAS ☐ DCS PSIQUIÁTRICAS ☐
DÇ NEUROLÓGICA ☐ OUTRAS *Remete*

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM ☐ QUAIS: _____

MUCs: _____

SINAIS VITAIS:

PA: X mmHg FC *82* bpm FR _____ rpm Tax: *36* °C SatO2 *98* %

GLICEMIA: mg/dl

ESCALA DE DOR: _____

E. GLASGOW: *15*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)



AMARELO (30 MINUTOS)



VERDE (90 MINUTOS)



~~AZUL~~

(120 MINUTOS)



RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM ☐ JUSTIFICATIVA: _____

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

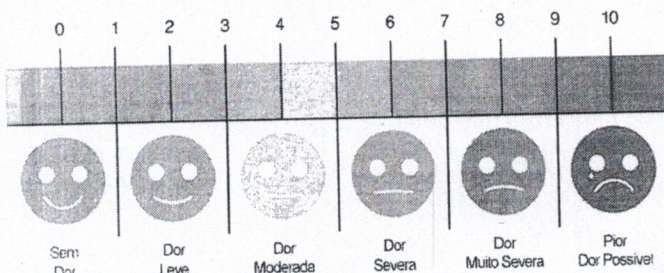
NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____

HEMODIALÍTICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO ☒ SIM ☐ LOCAL: _____



Angela Bernegos
Enfermeira
CRM 57

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209566 **Prontuário:** 978186 **SAME:** 978186 **Hora Atend:** 22:12 **Data Atend:** 13/05/2022
Paciente..... : AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA **Idade:** 15 a
Endereço..... : ANTONIO MIRESTZKI
Bairro..... : VILA FORMOSA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE
Convênio..... : PARTICULAR **UF..:** PR **CEP:** 83506440
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Plano...:** UNICO
Data Saída..... : 13/05/2022 **Hora Saída :** 22:42
Prestador da Evolução Médica: 1809 **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM 2 QDE HOJE PELA MANHÃ, COMO DOR E EDEMA LOCAL. NEGA OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO.

EXAME FISICO

DOR A PALPAÇÃO
SEM DOR EM OUTROS LOCAIS DE MAO
PRONOSUPINAÇÃO LIVRE, SEM ALTERAÇÕES EM COTOVELO E ANTEBRAÇO
SEM SINAIS DE LESAO DE EXTENSORES E FLEXORES PROFUNDOS E SUPERFICIAIS DE DEDOS
BOM ENCHIMENTO CAPILAR
SEM DEFICIT SENSITIVO

#RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÕES

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DO 2 QDE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO DO 2 QDE

TRATAMENTO

FLANCOX + PARACETAMOL
ORIENTO COMPRESSA DE AGUA GELADA POR 3 DIAS
ORIENTO SINAIS DE FRATURA OCULTA
ORIENTO TODOS SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO SE NECESSARIO OU PERSISTENCIA DOS SINTOMAS OU NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALARME

DEIVIDE MATEUS ROSSETTO / 41911
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1209566 **Prontuário:** 978186 **SAME:** 978186 **Hora Atend:** 22:12 **Data Atend:** 13/05/2022
Paciente..... : AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA **Idade:** 15 a
Endereço..... : ANTONIO MIRESTZKI
Bairro..... : VILA FORMOSA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF...:** PR **CEP:** 83506440
Convênio..... : PARTICULAR **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/05/2022 **Hora Saída :** 22:42
Prestador da Evolução Médica: 1809 **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO**

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO DO 2 QDE

DEIVIDE MATEUS ROSSETTO / 41911
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1371211 DATA: 13/05/2022 22:26
USUÁRIO....: DEIVIDE.ROSSETTO
ATENDIMENTO: 1209566 DT NASC: 02/12/2006 (15A 5M 17D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 978186 - AMANDA BERNARDINE DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/05/2022 22:12 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DEIVIDE MATEUS ROSSETTO SERVIÇO: SALA 4 ORTOPEDIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1209566*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					

DEIVIDE MATEUS ROSSETTO
CRM: 41911