

Indicador: 1473964 - ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI Lote: 1844947 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente: ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI  
Convenio: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano: UNICO  
Médico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141  
Código: 21382 Validade: 25/09/2024  
Senha: 21382 Autoriz.: 25/09/2024  
Carteira: 2334700 Validade: 30/12/2024 Titular: ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI  
Endereço: RUA ACRE

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Sub-Total       | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| 35,58           | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 35,58  |
| 80,00           | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 80,00  |
| Total da Conta: |       |          |                |       | 115,58 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

8 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 25/09/2024 | 40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 35,5845     | 35,58    |
| Total :    |                                                                                           |             |      |             | 35,58    |

NORARIOS MEDICOS

10 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                        | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 25/09/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 80,0000     | 80,00    |
| Total :    |                                                                             |                |         |      |             | 80,00    |

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador 21382

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                                  |  | 3 - Número da Guia Principal                         |  |
| 4 - Data de Autorização<br>25/09/2024                                                                                                                                                                                                       |  | 5 - Senha<br>21382                                   |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21382 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2334700                                                                                                                                                                                                           |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024               |  |
| 10 - Nome<br>ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI                                                                                                                                                                                              |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                  |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA          |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN                                                                                                                                                                  |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                     |  |
| 17 - Número no Conselho<br>20141                                                                                                                                                                                                            |  | 18 - UF<br>41                                        |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                                                                                   |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante          |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                                            |  |                                                      |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>25/09/2024                                                                                                                                                                                                      |  |                                                      |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HA 1 HORA, JOGANDO VOLEI. NAO APOIANDO APOS NEGA ALERGIA // CMB E MUC                                                                                                                |  |                                                      |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>26 - Descrição<br>27 - Qt. Solic.<br>28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                   |  |                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                      |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                                                                                                                                                            |  |                                                      |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                      |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                                                                                  |  |                                                      |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 25/09/2024 10:01 10:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO<br>2 25/09/2024 10:09 10:09 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) |  |                                                      |  |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 80.00 80.00<br>001 1.0 35.58 35.58                                                                                                           |  |                                                      |  |
| 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\$)<br>115.58                                                                                                                                                                                                 |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00         |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                                                       |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                                                    |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>115.58                                                                                                                                                                                                            |  |                                                      |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                                             |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                             |  | 68 - Assinatura do Contratado                        |  |

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Arthur de Oliveira Barp Lanza

**Nº da Carteira:** 2.33.4700

**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



**Data de Nascimento:** 26/01/2009

**Nº da Guia:** 21382

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 25/09/2024         | 09:02:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Pé Direito

## Descrição

O aluno estava em educação física quando ao pular veio a torcer o seu pé, aparentemente estava bastante inchado.

## Testemunha da ocorrência

Professor Ivanildo

## Telefone

(41) 3051-8700

## Quem prestou primeiros socorros

Danile

## Data

25/09/2024

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da XV | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo os pais seriam avisados.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

**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)

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur de Oliveira Barp Lanzaolini

Nº da Carteira: 2.33.4700

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 26/01/2009

Nº da Guia: 21382

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 25/09/2024         | 09:02:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Pé Direito

## Descrição

O aluno estava em educação física quando ao pular veio a torcer o seu pé, aparentemente estava bastante inchado.

## Testemunha da ocorrência

Professor Ivanildo

## Telefone

(41) 3051-8700

## Quem prestou primeiros socorros

Danile

## Data

25/09/2024

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

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

## Observações

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo os pais seriam avisados.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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: [www.adventistmedical.org.br/](http://www.adventistmedical.org.br/) (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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 21382

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |  |                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>25/09/2024                                                            |  | 5 - Senha<br>21382                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21382             |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2334700                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024                           |  |
| 10 - Nome<br>ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI                                                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                             |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                  |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                 |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>25/09/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |  |                                                                  |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                 |  |
| 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |  |                                                                  |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                      |  |                                                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9 |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                       |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                  |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição           |  |                                                                  |  |
| 1 25/09/2024 10:01 10:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                  |  |                                                                  |  |
| 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total              |  |                                                                  |  |
| 001 1.0 80.00 80.00                                                                              |  |                                                                  |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |  |                                                                  |  |
| 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 |  |                                                                  |  |
| 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 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 **21382**

Folha: 1 / 1

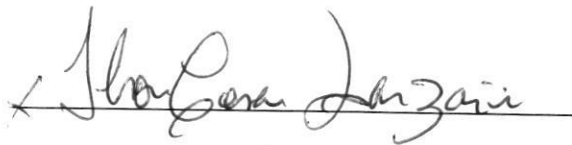
|                                                                                                  |  |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal                                                        |  |
| 4 - Data de Autorização<br>25/09/2024                                                            |  | 5 - Senha<br>21382                                                                  |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>21382                                |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                     |  |                                                                                     |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2334700                                                                |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024                                              |  |
| 10 - Nome<br>ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI                                                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                             |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                       |  |                                                                                     |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                             |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                    |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                  |  | 18 - UF<br>41                                                                       |  |
| 19 - Código CBO                                                                                  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                         |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</b>                                 |  |                                                                                     |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 |  | 22 - Data da Solicitação<br>25/09/2024                                              |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                           |  |                                                                                     |  |
| 24 - Tabela                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                                    |  |
| 26 - Descrição                                                                                   |  | 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                   |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                            |  |                                                                                     |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76530518000107                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                      |  |                                                                                     |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                      |  |                                                                                     |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                    |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                            |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                          |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                     |  |                                                                                     |  |
| 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 25/09/2024 10:01 10:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                  |  | 001 1.0 80.00 80.00                                                                 |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                        |  |                                                                                     |  |
| 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\$)<br>80.00                                                       |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                        |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                            |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                    |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>80.00                                                                  |  |                                                                                     |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |  |
|                                                                                                  |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                       |  |



URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSANDRA.SILVA  
25/09/2024 10:02:47

Atendimento: 1473964      Data do Atendimento: 25/09/2024  
Prontuário: 1018028      Nome: ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI  
Sexo: MASCULINO      Idade: 15      Data de Nascimento: 26/01/2009  
RG:      CPF: 09532907947      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:  
Rua: RUA ACRE      Numero 674      CEP: 83040030  
Bairro: BONECA DO IGUACU      Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334700  
Médico: PLANTONISTA      CRM: 0000  
Responsável: ILSON CESAR LANZARINI      Parentesco: PAI

- 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

# HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI 15 ANO Início da Triagem: 09:56:11.  
Fim da Triagem: 09:58:37.

**Classificação: AZUL (120 min)**

## ORTOPÉDICO

### **Motivo do Atendimento:**

QP: DOR EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO HÁ 1 HORA

### **Comorbidades:**

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

### **Sinais Vitais:**

PA: mmHg    FC:bpm    FR:rpm    Tax:°C    SatO2:%    ECG:    Dor:

Data: 25/09/2024.

Enfermeiro (a) CLEIDE



PREScrição.: 1671634 DATA: 25/09/2024 10:09  
USUÁRIO....: LIGIA LINHARES  
ATENDIMENTO: 1473964 DT NASC: 26/01/2009 (15A 7M 30D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE....: 1018028 - ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 25/09/2024 10:01 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES 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:

\*1473964\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## EXAMES DE IMAGEM

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

LIGIA ZANDONA LINHARES  
CRM: 51459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1473964    Prontuário: 1018028    SAME: 1018028    Hora Atend: 10:01    Data Atend: 25/09/2024  
Paciente..... : ARTHUR DE OLIVEIRA BARP LANZARINI    Idade: 15 a  
Endereço..... : RUA ACRE  
Bairro..... : BONECA DO IGUAÇU  
Cidade..... : SÃO JOSÉ DOS PINHAIS    UF.: PR    CEP: 83040030  
Convênio..... : CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA    Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO E DO PE  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO  
Data Saída..... : 25/09/2024    Hora Saída : 18:55  
Prestador da Evolução Médica: 3    GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HÁ 1 HORA, JOGANDO VÔLEI. NÃO APOIANDO APÓS  
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FÍSICO

TORNOZELO DIREITO - EM CADEIRA DE RODAS  
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME + EQUIMOSE EM MALEOLO LATERAL, PELE ÍNTEGRA  
ADM RESTRITA POR DOR  
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA  
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL  
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO  
NV PRESERVADO EM MID

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO - GRAU 2/3  
RX SEM SINAIS DE FRATURA  
LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO - GRAU 2/3  
RX SEM SINAIS DE FRATURA  
LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO

TRATAMENTO

SOLICITO RX  
LISADOR DIP + FLANCOX + GELO PARA CASA  
ROBOFOOT POR 2 SEMANAS  
ELEVÇÃO DO MENMBRO  
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE TORNOZELO EM 2 SEMANAS, VIA PLANO  
DE SAUDE  
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO  
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS  
ATESTADO DE HOJE  
ATESTADO ATIVIDADE FISICA  
PAI E PACIENTE COMPREENDEM E CONCORDAM  
30728134

GUILHERME S. STRATMANN  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20141

