

Atendimento: 1238742 - BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN Lote: 1476647 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 7461 Validade.: 31/12/2022 Titular....: BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN
: - ATE 1699/1700 FREDOLIN WOLF

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	82,48	0,00	0,00	0,00	0,00	82,48
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						147,48

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/08/2022	40803058 OMOPLATA OU ESCÁPULA	EXAME	1	41,2360	41,24
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
23/08/2022	40803082 BRAÇO	EXAME	1	41,2360	41,24
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					82,48

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
23/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BOR - 15485 89408543904	CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 147,48



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158425

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
7461

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
15485

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Calendar do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
23/08/2022

23 - Indicação Clínica
PCTE TEVE UM TRAUMA INDIRETO NO MS DIR - CITA QUE EVOLUIU COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO. N

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)
2

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Envolvimento do Atendimento

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 23/08/2022	19:04	19:04	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2 23/08/2022	19:16	19:16	22	40803058	RX - OKOPLATA OU ESCAPULA	001			1.0	41.24	41.24
3 23/08/2022	19:16	19:16	22	40803082	RX - BRACO	001			1.0	41.24	41.24

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
147,48

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 Medicionais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
147,48

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 4158426

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

7461

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

15485

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Carteira do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/08/2022

23 - Indicação Clínica

PCTE TEVE UM TRAUMA INDIRETO NO MS DIR - CITA QUE EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO. N

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato 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)

2

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 23/08/2022 19:04 19:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 23/08/2022 19:16 19:16 22 40803058 RX - OMOPLATA OU ESCAPULA

3 23/08/2022 19:16 19:16 22 40803082 RX - BRACO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 001 1.0 65.00 65.00

001 001 1.0 41.24 41.24

001 001 1.0 41.24 41.24

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

2 - / /

4 - / /

6 - / /

8 - / /

10 - / /

59 - Total de Procedimentos (R\$)

147.48

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPIME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

147.48

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Schatzmann Tesolin

Nº da Carteira: 2.11.7966

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 25/04/2013

Nº da Guia: 7461



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2022	17:35:00	Quadra	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Direito, Braço Direito

Descrição
Uma colega puxou forte a aluna pelo dedo, fazendo movimento de "chicote", ocasionando lesão no braço da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Adriana	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Adriana	23/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Atendimento da monitoria e contato com o responsável legal.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Ass.:

Ronaldo Bridarolli da Silva

Ronaldo Bridarolli da Silva

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

Atendimento.....: 1238742

Ponto.....: 691625

Paciente.....: BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Data do Exame.: 23/08/2022

RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

07 de Outubro de 2022

Dr(a). BIANCA SCOLARO STASIEVSKI
CRM 43509

Atendimento.....: 1238742

Período.....: 691625

Paciente.....: BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

Data do Exame.: 23/08/2022

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP verdadeiro e perfil de Neer.

Os seguintes aspectos foram observados:

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

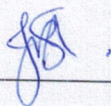
07 de Outubro de 2022

Dr(a). BIANCA SCOLARO STASIEVSKI
CRM 43509

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLEANDRO.COSTA
23/08/2022 19:07:22

Atendimento: 1238742 Data do Atendimento: 23/08/2022
Prontuário: 983240 Nome: BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 25/04/2013
RG: CPF: 10847453995 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 99740579
Rua: - ATE 1699/1700 FREDOLIN WOLF Numero 799 CEP: 82115000
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 7461
Médico: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI CRM: 40975
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

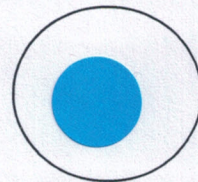
Beatriz Schizmann (OIA)

Início da Triagem:

18 : 53 h

Final da Triagem:

18 : 56 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

Relata dor em MSD após uma queda de escada
puxar seu dedo com muita força, causando um efeito chicote

MSD

→ dor em braço, irradiando p/ cotovelo
→ dor ao movimento (principal: abdução)

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: _____

MUCs: /

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmHg FC 82 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °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:

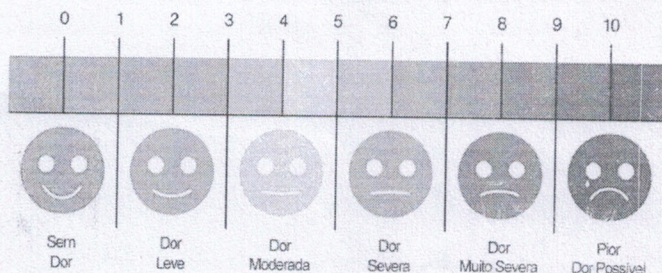
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

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

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____



Matheus Dallagrana Paraizo

Enfermeiro

CRS/PA 728052

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1238742 Prontuário: 983240 SAME: 983240 Hora Atend: 19:04 Data Atend:23/08/2022
Paciente..... : BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN
Endereço..... : - ATE 1699/1700 FREDOLIN WOLF Idade: 9 a
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 82115000
CID Principal..... : G540 - TRANSTORNOS DO PLEXO BRAQUIAL Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - MAO E BRACO
Data Saída..... : 23/08/2022 Hora Saída : 19:45
Prestador da Evolução Médica: 38 LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES

HDA

PCTE TEVE UM TRAUMA INDIRETO NO MS DIR - CITA QUE EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO. NÃO TOMOU NENHUMA MEDICAÇÃO .
DESTRA
NEGA TRAUMA PREVIO

EXAME FISICO

TEM ANATOMIA PRESERVADA - SEM AUMENTO DE VOLUME APARENTE
TEM DOR INTENSA A PALPAÇÃO DO OMBRO / BRAÇO
TEM IMPOTENCIA FUNCIONAL DA MOVIMENTAÇÃO DO OMBRO E DA FLEXÃO DO COTOVELO DIR
TEM EXAME NEUROLOGICO - MOTOR ULNAR / RADIAL E MEDIANO PRESERVADO
REFERE ALTERAÇÃO SENSITIVA DO NERVO ULNAR/ MEDIANO E RADIAL NA MÃO
TEM TINEL POSITIVO NA REGIÃO DO PESCOÇO / PROJEÇÃO DO NERVO AXILAR/ ULNAR / MEDIANO E RADIAL

DIAGNOSTICO

DISTENSÃO DO PLEXO BRAQUIAL ??

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DISTENSÃO DO PLEXO BRAQUIAL ??

TRATAMENTO

TIPOIA
RETORNO COM ESPECIALISTA DA MÃO

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES / 15485
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1404028 DATA: 23/08/2022 19:16
USUÁRIO....: LUIZ.BORGES
ATENDIMENTO: 1238742 DT NASC: 25/04/2013 (9A 3M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 983240 - BEATRIZ SCHATZMANN TESOLIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/08/2022 19:04 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES SERVIÇO: CIRURGIA ORTOPEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M791 MIALGIA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1238742

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL (DIREITO) Obs.: AP VERD / PERFIL DE NEER	1					

2 BRACO (DIREITO)	1					
-------------------	---	--	--	--	--	--

LUIZ GUSTAVO FAGUNDES BORGES
CRM: 15485

1238742

EXAMES DE IMAGEM

1 OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL (DIREITO) Obs.: AP VERD / PERFIL DE NEER	1					
---	---	--	--	--	--	--

2 BRACO (DIREITO)	1					
-------------------	---	--	--	--	--	--

1238742

EXAMES DE IMAGEM

1 OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL (DIREITO) Obs.: AP VERD / PERFIL DE NEER	1					
---	---	--	--	--	--	--

2 BRACO (DIREITO)	1					
-------------------	---	--	--	--	--	--

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE