

Atendimento: 1219877 - ERICK JUAN MOTA MACIEL Lote: 1447338 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ERICK JUAN MOTA MACIEL
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO ELIAS / 22993
Guia.....: Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 0000 Validade.: Titular.: ERICK JUAN MOTA MACIEL
: SAO FRANCISCO XAVIER

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
HONORARIOS 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
20/06/2022	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO ELIAS - 22993 07413109700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Erick Juan Mota Maciel
Nº da Carteirinha: 2.11.6317
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 31/08/2004

Nº da Guia: 6642

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2022	09:45:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava brincando de futebol com os colegas, chocou com outro colega caindo e levando a mão para apoio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edilmar	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edilmar	20/06/2022

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

Observações

O aluno estava brincando de futebol na hora do recreio e chocou com um colega, caiu e apoiou com a mão esquerda, ocasionando uma torção. O aluno relata dor no local

Ass.:

Marsele Camargo

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
20/06/2022 18:19:04

Atendimento: 1219877 Data do Atendimento: 20/06/2022
Prontuário: 980073 Nome: ERICK JUAN MOTA MACIEL
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 31/08/2004
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: SAO FRANCISCO XAVIER Numero 85 CEP: 82100610
Bairro: PILARZINHO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: LEONARDO ELIAS CRM: 22993
Responsável: ELIZANDRA GISLEINE MOTA 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.

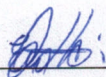
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

ETIQUETA DO PACIENTE

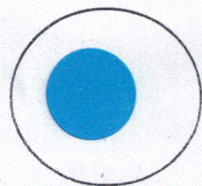
Erick Juan Mora Maciel

Início da Triagem:

18 : 08 h

Final da Triagem:

18 : 15 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO Relata dor em calcâneo do PE e em região
palmar da mão E. algia

COMORBIDADES :

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

ALERGIAS: NÃO [x] SIM [] QUAIS: _____

MUCs: _____

SINAIS VITAIS:

PA : 130 X 80 mmHg FC 70 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 97 %

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 [x] SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

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

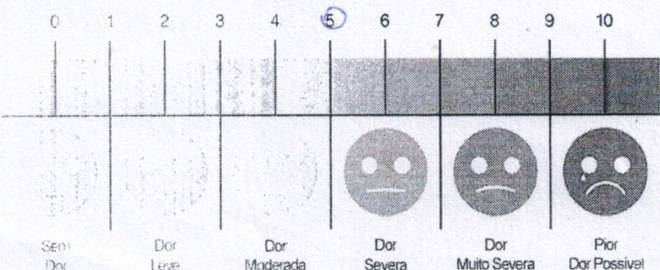
NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

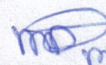
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____




Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1219877 **Prontuário:** 980073 **SAME:** 980073 **Hora Atend:** 18:16 **Data Atend:** 20/06/2022
Paciente..... : ERICK JUAN MOTA MACIEL **Idade:** 17 a
Endereço..... : SAO FRANCISCO XAVIER
Bairro..... : PILARZINHO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82100610
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S609 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 20/06/2022 **Hora Saída :** 19:05

Prestador da Evolução Médica: 11 LEONARDO ELIAS

HDA

QUEDA AO SOLO COM TRAUMA EM PUNHO ESQ
EF - LEVE DOR A MOBILIZAÇÃO
RX SP
CD - ORIENTAÇÕES

LEONARDO ELIAS / 22993
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1383489 DATA: 20/06/2022 18:29
USUÁRIO.....: LEONARDO.ELIAS
ATENDIMENTO: 1219877 DT NASC: 31/08/2004 (17A 9M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 980073 - ERICK JUAN MOTA MACIEL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/06/2022 18:16 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO ELIAS SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NAO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1219877

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

LEONARDO ELIAS
CRM: 22993

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1219877
Pedido.....: 681214
Paciente.....: ERICK JUAN MOTA MACIEL
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LEONARDO ELIAS
Data do Exame.: 20/06/2022

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

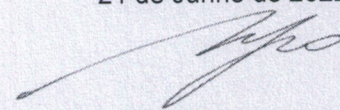
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

21 de Junho de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZAN
CRM 2779