

Atendimento: 1350026 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO Lote: 1651011 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA COROLLO SIMIONATO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
Guia.....: 13163 Validade.:01/09/2023
Senha.....: 13163 Autoriz.:01/09/2023
Carteira.: 2791605 Validade.: 30/12/2023 Titular....: GABRIELA CAROLLO SIMIONATO
: JOHN LENNON

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
01/09/2023	40804054 JOELHO 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
01/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ AUGUSTO MORETTI - 21898 02116557917	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 13163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
01/09/2023

5 - Senha
13163

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2791605

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUIZ AUGUSTO MORETTI

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
21898

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/09/2023

23 - Indicação Clínica
TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIRIGIU PELA MANHA, AO TENTAR SENTAR EM UMA CADEIRA SEM ALERGIAS MEI

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contratado Essencial

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/09/2023 12:34 12:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 01/09/2023 12:46 12:46 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 1.0 30.64 30.64

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

Identificação do(s) Profissional(is) Essencial(is)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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

Impresso por: CAMILA ROSA

Data/Hora: 02/10/2023 17:21:23

Contat/Lic: 1651011

Atendimento: 1350026

Convenção: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1651011

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Corollo Simionato
Nº da Carteira: 2.79.1605
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 29/05/2008

Nº da Guia: 13163



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/09/2023	10:20:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluna relata que quando foi sentar na cadeira do refeitório, como a cadeira é fixa no chão ela sentou de lado e puxou as pernas para se ajeitar na posição correta e não sabe como deu uma torção no joelho direito. A mesma relata que sentiu o impacto da torção. Consequentemente sente dor e dificuldade de andar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Hélio	01/09/2023

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

Aluna foi atendida no Colégio com pomada gelol, e mais tarde com um gelo. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital XV.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 13163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
13163

4 - Data de Autorização
01/09/2023

5 - Senha
13163

6 - Data de Validade da Senha
30/12/2023

7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora
13163

8 - Nome do Beneficiário
GABRIELA CAROLLO SIMIONATO

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

12 - Atendimento a RV
N

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

21 - Carteira do Atendimento
22 - Data da Solicitação
01/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

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

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 01/09/2023 12:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 65,00

48-Sq. Ref. 49-Gt. 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\$)
60 - Total de Taxas Administrativas (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPMs (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 13163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Sentença 13163	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13163
----------------------------	------------------------------	---	--

4 - Data de Autorização 01/09/2023	5 - Sentença 13163	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
---------------------------------------	-----------------------	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2791605	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome GABRIELA CAROLLO SIMIONATO	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-----------------------------------	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO 000	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---------------	------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 01/09/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
---	-----------------------------------	--	------------------------	--------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
--	----------------

Dados do Contratado Encarregado	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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 01/09/2023 12:34 12:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 65.00
---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) Encarregado(s)	48 - Sg. 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	---------------------------------

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Outros (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00
--	--------------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA.BOEING
01/09/2023 12:35:14

Atendimento: 1350026 Data do Atendimento: 01/09/2023
Prontuário: 1002771 Nome: GABRIELA CAROLLO SIMIONATO
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 29/05/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOHN LENNON Numero 594 CEP: 83050380
Bairro: AFONSO PENA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791605
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: CRISTIANE COROLLO SIMIONATO 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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : GABRIELA COROLLO SIMIONATO 15 ANOS

Início da Triagem: 12:26:52.

Fim da Triagem: 12:29:37.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MID JOELHO COM LEVE EDEMA, MACHUCOU NA ESCOLA HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 01/09/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1350026 Prontuário: 1002771 SAME: 1002771 Hora Atend: 12:34 Data Atend: 01/09/2023
Paciente..... : GABRIELA COROLLO SIMIONATO Idade: 15 a
Endereço..... : JOHN LENNON
Bairro..... : AFONSO PENA UF.: PR CEP: 83050380
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS Plano...: UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 17:17
Data Saída..... : 01/09/2023
Prestador da Evolução Médica: 66 LUIZ AUGUSTO MORETTI

HDA

TRAUMA TORCIONAL EM JOELHO DIR HOJE PELA MANHÃ, AO TENTAR SENTAR EM UMA CADEIRA SEM ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

EXAME FISICO

JOELHO DIR
- SEM DEFORMIDADE, SEM AUMENTO DE VOLUME
- DOR À PALPAÇÃO DE JOELHO
- LACHMANN DURO
- TESTES DE ESTRESSE EM VARO/VALGO -

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE JOELHO + DOR ARTICULAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE JOELHO + DOR ARTICULAR

TRATAMENTO

SOLICITO RADIOGRAFIAS
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, O MESMO COMPREENDE AS ORIENTAÇÕES
PRESCREVO ANALGESIA PARA CASA + TERMOTERAPIA
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO NA VIGÊNCIA DOS
MESMOS
RETORNO COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA GERAL EM 2 SEMANAS


LUIZ AUGUSTO MORETTI / 21898
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1531164 DATA: 01/09/2023 12:40
USUÁRIO....: LUIZ.MORETTI
ATENDIMENTO: 1350026 DT NASC: 29/05/2008 (15A 3M 7D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002771 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/09/2023 12:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ AUGUSTO MORETTI SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1350026

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO)

1

LUIZ AUGUSTO MORETTI

CRM: 21898

HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVENBRO 2223
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / EvoluçãoEmitido Por: ALESSANDRA.NIC
Data....: 04/09/2023 12:44

PRESCRIÇÃO.: 1531164 DATA: 01/09/2023 12:40
USUÁRIO....: LUIZ.MORETTI
ATENDIMENTO: 1350026 DT NASC: 29/05/2008 (15A 3M 7D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002771 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/09/2023 12:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ AUGUSTO MORETTI SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEIDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1350026

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO)

1

LUIZ AUGUSTO MORETTI

CRM: 21898

HOSPITAL XV LTDA - XV DE NOVENBRO 2223
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / EvoluçãoEmitido Por: ALESSANDRA.NIC
Data....: 04/09/2023 12:44

PRESCRIÇÃO.: 1531166 DATA: 01/09/2023 12:46
USUÁRIO....: PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1350026 DT NASC: 29/05/2008 (15A 3M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1002771 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/09/2023 12:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ AUGUSTO MORETTI SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1350026

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1					

Obs.: FAZER PATELA

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500

1350026

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1					

Obs.: FAZER PATELA