

Atendimento: 1467482 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO Lote: 1834830 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA COROLLO SIMIONATO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
Guia.....: 20644 Validade.:16/09/2024
Senha.....: 20644 Autoriz.:16/09/2024
Carteira.: 2791605 Validade.: 30/12/2025 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	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/09/2024	40804054 JOELHO	EXAME	1	35,5845	35,58
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
04/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	PATRICK WILLIAN PADOANI - 39478 08354965970	CLINICO				
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **20644**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 16/09/2024		5 - Senha 20644		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20644																	
8 - Número da Carteira 2791605		9 - Validade da Carteira 30/12/2025		10 - Nome GABRIELA COROLLO SIMIONATO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N															
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA																					
15 - Nome do Profissional Solicitante PATRICK WILLIAN PADOANI				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 39478		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
21 - Caráter do Atendimento 2														22 - Data da Solicitação 16/09/2024		23 - Indicação Clínica REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO JOGANDO HANDEBOL HOJE, CAIU NO CHAO COM DOR FORTE PROFE							
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) 9		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		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Téc.		45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 04/09/2024		22:26		22:26		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 04/09/2024		23:32		23:32		22		40804054		RX - JOELHO		001						1.0		35.58		35.58	
Identificação do(s) Profissional(is) 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\$) 115.58		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\$) 115.58											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado															

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: 20644

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	08:54:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição
Durante aula de educação física, na prática de jogo de handball as alunas se chocaram ocorrendo lesão no joelho direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sinclair	04/09/2024

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
foi feito compressa de gelo no joelho atingido.

Ass.:

Sinclair Demian Klabunde

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 **5322673**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 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			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791605		9 - Validade da Carteira 30/12/2025	10 - Nome GABRIELA COROLLO SIMIONATO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
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	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/09/2024	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			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 04/09/2024 22:26 22:26 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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 CPME (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 5322673

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 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	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2791605		9 - Validade da Carteira 30/12/2025	10 - Nome GABRIELA COROLLO SIMIONATO
		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Solicitante			
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			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/09/2024	
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	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
		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 04/09/2024 22:26 22:26 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			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OFME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 80.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Atendimento.....: 1467482

Pedido.....: 828970

Paciente.....: GABRIELA COROLLO SIMIONATO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

Data do Exame.: 04/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

17 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOKEITIANE BARBOZA
04/09/2024 22:28:40

Atendimento: 1467482 Data do Atendimento: 04/09/2024
Prontuário: 1002771 Nome: GABRIELA COROLLO SIMIONATO
Sexo: FEMININO Idade: 16 Data de Nascimento: 29/05/2008
RG: CPF: 14163265961 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

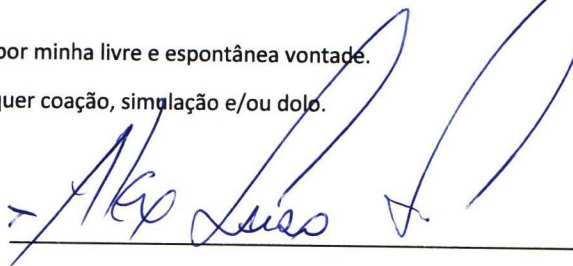
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável:

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

PREScrição.: 1665197 DATA: 04/09/2024 23:32
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1467482 DT NASC: 29/05/2008 (16A 3M 8D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1002771 - GABRIELA COROLLO SIMIONATO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/09/2024 22:26 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1467482

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO) 40804054 Obs.: AP P AXIAL	1					

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1467482 Prontuário: 1002771 SAME: 1002771 Hora Atend: 22:26 Data Atend:04/09/2024
Paciente..... : GABRIELA COROLLO SIMIONATO Idade: 16 a
Endereço..... : JOHN LENNON
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83050380
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/09/2024 Hora Saída : 01:25

Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO JOGANDO HANDEBOL HOJE, CAIU NO CHAO COM DOR FORTE PROFESSOR DISSE QUE DESLOCOU A PATELA E REDUZIU
MANTEM DOR LOCAL AO DEAMBULAR
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
SEM EDEMA OU DERRAME ARTICULAR
SEM DEFORMIDADES VISIVEIS
SINAL DA PREENSSAO NEGATIVO
SEM DOR A PALPAÇÃO MEDIAL
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO, LUXAÇÃO?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO, LUXAÇÃO?

TRATAMENTO

ESCLAREÇO

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1467482 Prontuário: 1002771 SAME: 1002771 Hora Atend: 22:26 Data Atend: 04/09/2024
Paciente..... : GABRIELA COROLLO SIMIONATO Idade: 16 a
Endereço..... : JOHN LENNON
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83050380
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 05/09/2024 Hora Saída : 01:25

Prestador da Evolução Médica: 1164 PATRICK WILLIAN PADOANI

HDA

REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO JOGANDO HANDEBOL HOJE, CAIU NO CHAO COM DOR FORTE PROFESSOR DISSE QUE DESLOCOU A PATELA E REDUZIU MANTEM DOR LOCAL AO DEAMBULAR
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

PELE INTEGRAL
SEM EDEMA OU DERRAME ARTICULAR
SEM DEFORMIDADES VISIVEIS
SINAL DA PREENSSAO NEGATIVO
SEM DOR A PALPAÇÃO MEDIAL
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
RX SEM SINAIS DE FRATURA

DIAGNOSTICO

CONTUSAO, LUXAÇÃO?

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO, LUXAÇÃO?

TRATAMENTO

ESCLAREÇO
ORIENTO
SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Dr Patrick Padoani
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 39478 / RQE 23453

PATRICK WILLIAN PADOANI / 39478
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA