Atendimento: 1462751 - GABRIELA SIMOES KAMINSKI Lote: 1827511 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente..: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
Convenio..: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 20132 Validade.:21/08/2024
Senha.....: 20132 Autoriz..:21/08/2024
Carteira..: 2782019 Validade.: 22/02/2025 Titular...: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO

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	Vl Unitario	Vl Total
21/08/2024	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	Vl Unitario	Vl Total
21/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	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 20132

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21/08/2024	20132		20132

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782019	22/02/2025	GABRIELA SIMOES KAMINSKI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO	06	20133	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/08/2024	ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO HA 5 DIAS, JOGANDO VOLEI NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 21/08/2024	14:18	14:18	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 21/08/2024	14:59	14:59	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 - ___/___/_____ _____ 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$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
115.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	115.58

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

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI Data/Hora: 03/09/2024 11:19:47 Conta/Lote: 1827511 Atendimento: 1462751 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1827511

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Simões Kaminski
Nº da Carteirinha: 2.78.2019
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 01/12/2006 **Nº da Guia:** 20132

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2024	08:42:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna estava em aula de educação física até pisar em falso e resulta na torção do joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jonatas	21/08/2024

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

Observações

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar.

Ass.: Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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 **20132**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21/08/2024	20132		20132

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782019	22/02/2025	GABRIELA SIMOES KAMINSKI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/08/2024	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Seq.	37-Data	38-Hr.Inicial	39-Hr.Final	40-Tabela	41-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	21/08/2024	14:18	14:18	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

Dr. RODRIGO SOUSA NETO
Ortopedia
CRM 20.133

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$)	62 - Total de OPME (R$)	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
	Cathria	

Impresso por: ALINE.ANJOS Data/Hora: 21/08/2024 14:19:52 Conta/Lote: 1827511 Atendimento: 1462751 Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1827511

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

2 - Nº Guia no Prestador **20132**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
21/08/2024	20132		20132

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2782019	22/02/2025	GABRIELA SIMOES KAMINSKI		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTONISTA	06	0000	41		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/08/2024	

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	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

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 21/08/2024	14:18	14:18	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

Dr. RODRIGO SCASSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

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$)	62 - Total de OPME (R$)	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
	Cathrin	

Impresso por: ALINE.ANJOS Data/Hora: 21/08/2024 14:19:52 Conta/Lote: 1827511 Atendimento: 1462751 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1827511

Atendimento....: 1462751
Pedido.....: 826081
Paciente.....: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LIGIA ZANDONA LINHARES
Data do Exame.: 21/08/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

01 de Setembro de 2024

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

HospitalXV

FICHA DE ATENDIMENTO - CONVÊNIO

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

ALINE.ANJOS
21/08/2024 14:19:25

Atendimento: 1462751 Data do Atendimento: 21/08/2024
Prontuário: 999080 Nome: GABRIELA SIMOES KAMINSKI
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 01/12/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987839006
Rua: PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO Numero 1226 CEP: 82810080
Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782019
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.

Cathrinsim

Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico

HospitalXV

Paciente : GABRIELA SIMÕES KAMINSKI. 17 ANOS

Início da Triagem:14:08:56.
Fim da Triagem:14:10:42.

Classificaçao: **AZUL (120 min)**

Motivo do Atendimento: **ORTOPÉDICO**

QP: PACIENTE RELATA ENTORSE NO JOELHO ESQUERDO. REFERE ALGIA E EDEMA. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:110bpm FR:rpm Tax:36,7ºC SatO2:96% ECG:
Dor:

Data: 21/08/2024.

LARISSA ROCHA MARTINS

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1660063 DATA: 21/08/2024 14:59
USUÁRIO....: LIGIA.LINHARES
ATENDIMENTO: 1462751 DT NASC: 01/12/2006 (17A 8M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 999080 - GABRIELA SIMOES KAMINSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/08/2024 14:18 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LIGIA ZANDONA LINHARES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT..: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO
CICLO..: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1462751

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) 40804054	1					

Dra. Ligia Z. Linhares
Médica
CRM-PR 51.459

LIGIA ZANDONA LINHARES
CRM: 51459

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1462751 **Prontuário:** 999080 **SAME:** 999080 **Hora Atend:** 14:18 **Data Atend:**21/08/2024
Paciente..... : GABRIELA SIMOES KAMINSKI **Idade:** 17 a
Endereço..... : PROFESSOR BENEDITO CONCEICAO
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA
Cidade..... :CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82810080
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO
CID's Secundários. :
Resultado.....:
Data Saída..... : **Hora Saída :**

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO HÁ 5 DIAS, JOGANDO VOLEI
NEGA ALERGIA // CMB E MUC NEGA

EXAME FISICO
JOELHO ESQUERDO
AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DISCRETA DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM DISCRETA POR DOR
LACHMANN MOLE
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MIE

TRATAMENTO
SOLICITO RX
LISADOR DIP + ADORLAN + MIOSAN GELO PARA CASA
JOELHEIRA
ELEVAÇÃO DO MENMBRO
ORIENTO CONSULTA AMBULATORIAL COM OROTOPEDISTA DE JOELHO, COM RNM VIA PLANO
ORIENTO PACIENTE QUANTO AO QUADRO
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO AO PA NA VIGÊNCIA DOS MESMOS
ATESTADO ATIVIDADE FISICA
PACIENTE E MÃE COMPREENDEM E CONCORDAM

DIAGNOSTICO - HISTORICO
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO - LCA
RX SEM SINAIS DE FRATURA

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA