

Atendimento: 1472036 - GABRIELA VELOSO MACHADO Lote: 1841967 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GABRIELA VELOSO MACHADO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
Guia.....: 2781640 Validade.:18/09/2024
Senha.....: 2781640 Autoriz.:18/09/2024
Carteira...: 2781640 Validade.: 30/06/2025 Titular...: GABRIELA VELOSO MACHADO
 : ELIAS ALVES FERREIRA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	71,16	0,00	0,00	0,00	0,00	71,16
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						151,16

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	35,5845	71,16
Total :					71,16

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO LEONARDO DALEFFE FREITAS - 56006 06926491909	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00
Total Geral:						151,16

[illegible]



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

2 - Nº Guia no Prestador **2781640**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 18/09/2024	5 - Senha 2781640	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2781640								
Dados do Beneficiário											
8 - Número da Carteira 2781640	9 - Validade da Carteira 30/06/2025	10 - Nome GABRIELA VELOSO MACHADO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N								
Dados do Solicitante											
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA										
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO DALEFFE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 56006	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/09/2024	23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada da mae. Paciente com historico de instabilidade femuro-patelar. Levou um chute do colega em joelho es									
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										
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 18/09/2024	16:09	16:09	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 18/09/2024	16:52	16:52	22	40804054	RX - JOELHO	001			1.0	35.58	35.58
3 18/09/2024	16:52	16:52	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\$) 151.16	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\$) 151.16					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Veloso Machado
Nº da Carteirinha: 2.78.1640
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 25/08/2010

Nº da Guia: 21099

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	14:14:00	Corredor	Chegada

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

Descrição
Um colega da aluna chutou a parte de trás do joelho, uma brincadeira entre os colegas. A aluna relatou que já houve lesão na patela anteriormente no ano passado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Berenice	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Berenice	18/09/2024

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
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo e gelol no local.

Ass.: Suivom Veloso

p/ Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

Aline Gonçalves
Vice-diretora

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:

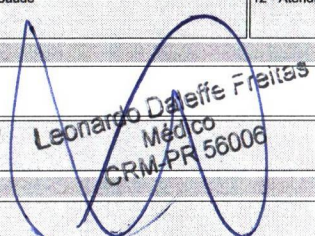
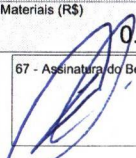
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **2781640**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/09/2024		5 - Senha 2781640	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2781640	
8 - Número da Carteira 2781640		9 - Validade da Carteira 30/06/2025	
10 - Nome GABRIELA VELOSO MACHADO		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 18/09/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11			
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
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 18/09/2024 16:09 16:09 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			
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 OPME (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 2781640

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 18/09/2024		5 - Senha 2781640	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2781640	
8 - Número da Carteira 2781640		9 - Validade da Carteira 30/06/2025	
10 - Nome GABRIELA VELOSO MACHADO		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/09/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 18/09/2024 16:09 16:09 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			
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 OPME (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			

Atendimento.....: 1472036

Pedido.....: 831758

Paciente.....: GABRIELA VELOSO MACHADO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

28 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1472036

Pedido.....: 831758

Paciente.....: GABRIELA VELOSO MACHADO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

29 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOJULIANA RICARDO
18/09/2024 16:12:11

Atendimento: 1472036 Data do Atendimento: 18/09/2024
Prontuário: 993433 Nome: GABRIELA VELOSO MACHADO
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 25/08/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998761604
Rua: ELIAS ALVES FERREIRA Numero 1087 CEP: 83305090
Bairro: VILA SAO CRISTOVAO Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781640
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PALOMA CRISTINA VELOSO DOS SANTOS 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 VELOSO MACHADO. 14 ANOS

Início da Triagem: 15:41:50.

Fim da Triagem: 15:44:44.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP; PACIENTE RELATA ENTORCE NO JOELHO ESQUERDO, REFERE ALGIA E DIFICULDADE PARA APOIAR. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 70bpm FR: rpm Tax: °C SatO2: 98% ECG: Dor:

Data: 18/09/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1669727 DATA: 18/09/2024 16:51
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1472036 DT NASC: 25/08/2010 (14A OM 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 993433 - GABRIELA VELOSO MACHADO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/09/2024 16:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1472036*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

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

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1472036 **Prontuário:** 993433 **SAME:** 993433 **Hora Atend:** 16:09 **Data Atend:** 18/09/2024
Paciente..... : GABRIELA VELOSO MACHADO **Idade:** 14 a
Endereço..... : ELIAS ALVES FERREIRA
Bairro..... : VILA SAO CRISTOVAO
Cidade..... : PIRAQUARA **UF...:** PR **CEP:** 83305090
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M239 - TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 19:02

Prestador da Evolução Médica: 2100 **LEONARDO DALEFFE FREITAS**

HDA

Paciente acompanhada da mãe. Paciente com histórico de instabilidade femuro-patelar. Levou um chute do colega em joelho esquerdo. Nega outros traumas. Nega alergias.

EXAME FISICO

Joelho esquerdo
Aumento de volume, sem desvio de eixos, sem deformidades, pele íntegra
Dor difusa à palpação
Adm restrita por dor
Lachmann duro
Aparelho extensor íntegro
Nv preservado em mie

DIAGNOSTICO

Contusão joelho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão joelho esquerdo
Radiografia sem sinais de fratura

TRATAMENTO

Prescrevo analgesia, gelo no local, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com especialista em joelho se persistência do quadro.

Leonardo Daleffe Freitas
Médico
CRM-PR 56006

LEONARDO DALEFFE FREITAS / 56006
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA