

Atendimento: 1441020 - HELLOARA SZWED Lote: 1793625 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HELLOARA SZWED
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 18580 Validade.:12/06/2024
Senha.....: 18580 Autoriz.:12/06/2024
Carteira.: 2782484 Validade.: 01/02/2028 Titular.: HELLOARA SZWED
: RUA UTRECHT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	142,32	0,00	0,00	0,00	0,00	142,32
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						222,32

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/06/2024	40804054 JOELHO	EXAME	2	35,5845	71,16
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
12/06/2024	40804070 PERNA	EXAME	2	35,5845	71,16
	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930				
Total :					142,32

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	CLINICO				
Total :						80,00
Total Geral:						222,32



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

2 - Nº Guia no Prestador **18580**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18580	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18580	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782484		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome HELLOARA SZWED		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 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20133		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 12/06/2024	
23 - Indicação Clínica Paciente acompanhada do pai. Hoje à tarde, coelga caiu por cima da perna direita da paciente fazendo hiperextensão do joelho			
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 12/06/2024 16:59 16:59 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 12/06/2024 17:15 17:15 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 35.58 35.58			
3 12/06/2024 17:15 17:15 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 35.58 35.58			
4 12/06/2024 17:15 17:15 22 40804070 RX - PERNA 001 1.0 35.58 35.58			
5 12/06/2024 17:15 17:15 22 40804070 RX - PERNA 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\$)			
222.32 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 222.32			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			
Impresso por: LILIAN.RODRIGUES Data/Hora: 19/06/2024 09:47:09 Conta/Lote: 1793625 Atendimento: 1441020 ConvênioCLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			

1793625

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helloara Szwed
Nº da Carteirinha: 2.78.2484
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 09/04/2016

Nº da Guia: 18580

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	15:45:00	Escada	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Aluna estava retornando do intervalo subindo as escadas, quando outros dois alunos se empurraram e um acabou caindo sobre a perna direita, aluna se queixa de dor no local afetado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Gisele	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Vanessa	12/06/2024

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local, foi comunicado ao responsável e informado sobre o local de atendimento médico.

Ass.:

Surion Velloso

PI

Fábio Bittencourt Machado

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

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 18580

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18580	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18580	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782484		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome HELLOARA SZWED		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 12/06/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição ou Item Assistencial		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 12/06/2024 16:59 16:59 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 - / /	
2 - / /		4 - / /	
5 - / /		7 - / /	
6 - / /		8 - / /	
9 - / /		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 Diogo Szwed	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **18580**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/06/2024		5 - Senha 18580	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18580	
8 - Número da Carteira 2782484		9 - Validade da Carteira 01/02/2028	
10 - Nome HELLOARA SZWED		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 12/06/2024			
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 12/06/2024			
37 - Hr. Inicial 16:59			
38 - Hr. Final 16:59			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 80.00			
45 - Fator R/Acr 80.00			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 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			
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 Diogo Szwed			
68 - Assinatura do Contratado			

Atendimento.....: 1441020

Pedido.....: 812659

Paciente.....: HELLOARA SZWED

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, perfil e axial de patela.

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

18 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1441020

Pedido.....: 812659

Paciente.....: HELLOARA SZWED

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

18 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1441020

Pedido.....: 812659

Paciente.....: HELLOARA SZWED

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

18 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1441020

Pedido.....: 812659

Paciente.....: HELLOARA SZWED

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LEONARDO DALEFFE FREITAS

Data do Exame.: 12/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

19 de Junho de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA.CARNEIRO
12/06/2024 17:04:41

Atendimento: 1441020 Data do Atendimento: 12/06/2024
Prontuário: 1019892 Nome: HELLOARA SZWED
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 09/04/2016
RG: CPF: 13083343973 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 997334279
Rua: RUA UTRECHT Numero 501 CEP: 83312050
Bairro: GUARITUBA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782484
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: THIAGO SZWED Parentesco: PAI

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.

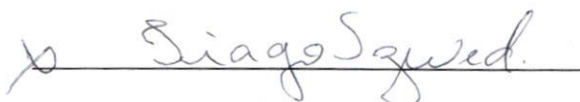
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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



Paciente : HELLOARA SZWED, 8 A

Início da Triagem: 16:54:33.
Fim da Triagem: 16:58:00.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HOJE ESTAVA NA ESCOLA E UMA ALUNA CAIU EM CIMA DO JOELHO E PERNA DA CRIANÇA. RELATA DOR INTENSA E DIFICULDADE PARA FLEXIONAR O JOELHO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 107bpm FR: rpm Tax: 36.7°C SatO2: 97% ECG:
Dor:

Data: 12/06/2024.

DEBORA EGIPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1635016 DATA: 12/06/2024 17:14
USUÁRIO....: LEONARDO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1441020 DT NASC: 09/04/2016 (8A 2M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1019892 - HELLOARA SZWED
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/06/2024 16:59 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1441020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1					
2 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO) Obs.: comparativo	1					
3 PERNA (DIREITA)	1					
4 PERNA (ESQUERDA) Obs.: comparativo	1					

LEONARDO DALEFFE FREITAS
CRM: 56006

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1441020 **Prontuário:** 1019892 **SAME:** 1019892 **Hora Atend:** 16:59 **Data Atend:** 12/06/2024
Paciente..... : HELLOARA SZWED **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA UTRECHT
Bairro..... : GUARITUBA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF...:** PR **CEP:** 83312050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....:
Data Saída..... : **Hora Saída :**

Prestador da Evolução Médica: 13 RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

HDA

Paciente acompanhada do pai. Hoje à tarde, coelga caiu por cima da perna direita da paciente fazendo hiperextensão do joelho. Dor e aumento de volume em joelho e perna direita com dificuldade para deambular. Nega alergias.

EXAME FISICO

34kg
Joelho direito
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 mid

TRATAMENTO

Analgesia, gelo no local, joelheira compressiva, repouso com membro elevado. Acompanhamento ambulatorial com ortopediatra.

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Contusão de joelho direito
Radiografia sem sinais de fratura

Dr. RODRIGO SCUSSIATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA