

Atendimento: 1369596 - HELOISE DE VARGAS ROSENTALISKI Lote: 1681772 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HELOISE DE VARGAS ROSENTALISKI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610
Guia.....: 14349 Validade.:01/11/2023
Senha.....: 14349 Autoriz.:01/11/2023
Carteira.: 2791437 Validade.: 31/12/2023 Titular...: HELOISE DE VARGAS ROSENTALISKI
: ADIR PEDROSO

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
HONORARIOS 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
01/11/2023	40803112 PUNHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
01/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

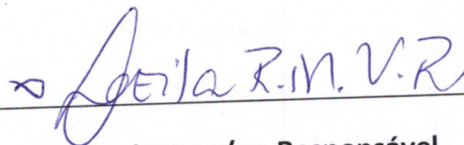
Total Geral: 95,64

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Atendimento: 1369596 Data do Atendimento: 01/11/2023
Prontuário: 1006085 Nome: HELOISE DE VARGAS ROSENALISKI
Sexo: FEMININO Idade: 8 Data de Nascimento: 01/09/2015
RG: 161853151 CPF: 16321285943 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: _____ Numero 1360 CEP: 83065110
Rua: ADIR PEDROSO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Bairro: AFONSO PENA Matricula: 2791437
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2791437
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LEILA REGINA MACHADO DE VARGAS R 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 : HELOÍSE DE VARGAS ROSENTALISKI, 8 ANOS

Início da Triagem: 18:07:00.

Fim da Triagem: 18:09:26.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TEVE QUEDA DE MESMO NIVEL. TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO. NEGA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: Desconhece

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 75bpm FR: rpm Tax: 36.6°C SatO2: 96% ECG:
Dor:

Data: 31/10/2023.

DÉBORA EGÍPCIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Heloíse de Vargas Rosentaliski
Nº da Carteira: 2.79.1437
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 01/09/2015

Nº da Guia: 14349

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	15:30:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluna estava brincando na hora do intervalo, e um colega passou correndo esbarrou nela e a mesma caiu, apoiando o pulso da mão esquerda no chão, e bateu os dois joelhos no chão. Aluna se queixa de mais dor no pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Colega	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	01/11/2023

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 no local, 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 14349

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/11/2023

5 - Senha

14349

6 - Data de Validade da Senha

14349

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
2791437

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome

HELOISE DE VARGAS ROSENALISKI

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
01/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.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
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 01/11/2023 18:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

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\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

PRESCRIÇÃO.: 1553391 DATA: 01/11/2023 19:12
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1369596 DT NASC: 01/09/2015 (8A 2M 1D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006085 - HELOISE DE VARGAS ROSENALISKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2023 18:13 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.....: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1369596**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO)	1					

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1369596 **Prontuário:** 1006085 **SAME:** 1006085 **Hora Atend:** 18:13 **Data Atend:** 01/11/2023
Paciente..... : HELOISE DE VARGAS ROSENALISKI **Idade:** 8 a
Endereço..... : ADIR PEDROSO
Bairro..... : AFONSO PENA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83065110
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/11/2023 **Hora Saída :** 00:22

Prestador da Evolução Médica: 1755 **LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO**

HDA

QMN HOJE NO COLÉGIO COM APOIO COM MAL ESPALMADA NO CHÃO, DOR EM PUNHO ESQUERDO
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

PUNHO ESQUERDO
SEM DEFPRMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTEGRA
SEM DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL OU VOLAR DO PUNHO
FLEXO-EXTENSÃO SEM RESTRIÇÃO
NV PRESERVADO EM MSE
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO PUNHO ESQUERDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO PUNHO ESQUERDO

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE QUADRO
ANALGESIA
CRIOTERAPIA
RETORNO S/N

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

2 - Nº Guia no Prestador 14349

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
01/11/2023

5 - Senha

14349

6 - Data de Validade da Senha

14349

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2791437

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
HELOISE DE VARGAS ROSENALISKI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76630518000107

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

Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica CRM/PR 48610

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
01/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76630518000107

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)

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 01/11/2023 18:13 18:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Ql. de. 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) Executante(s)

48 - Sd. 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\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1369596
769691

Paciente.....: HELOISE DE VARGAS ROSENTALISKI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO
Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

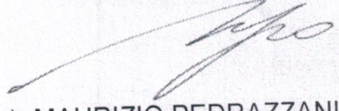
Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

07 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149