

Atendimento: 1430121 - ISABELE BALDUINO DO VALLE Lote: 1776714 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISABELE BALDUINO DO VALLE
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 17581 Validade.:31/05/2024
Senha.....: 17581 Autoriz.:31/05/2024
Carteira.: 17581 Validade.: 31/12/2025 Titular.: ISABELE BALDUINO DO VALLE
: RUA LEOPOLDO MALEWSCHIK

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/05/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/05/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador **17581**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 31/05/2024		5 - Senha 17581		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 17581							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 17581		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome ISABELE BALDUINO DO VALLE		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 SILVIO NEUPERT MASCHKE		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 9551		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 31/05/2024		23 - Indicação Clínica VIROU O JOELHO ESQ HJ PELA MANHA / HANDBALL DOR / CLAUDICACAO									
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 09/05/2024 11:39 11:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00													
2 09/05/2024 11:49 11:49 22 40804062 RX - PATELA 001 1.0 31.72 31.72													
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\$) 96.72 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\$) 96.72													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente (nome completo e CPF)

CPF nº (11) 3333-3333 ou (11) 3333-3333

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente (nome completo e CPF) 12.11.2012 00:00:00

(para atendimento) com as seguintes datas:

(para atendimento) em 2-11-12

com datas e horários determinados pelo(a) responsável legal do(a) paciente para o(a) atendimento

para atendimento pelo(a) responsável legal do(a) paciente, juntamente com a lista dos atendimentos

Assinatura do(a) responsável

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

A assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente deve ser acompanhada de uma cópia autografada do(a) documento de identificação do(a) paciente.

Assinatura

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

Assinatura do(a) responsável legal do(a) paciente

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabele Balduino do Valle

Nº da Carteira: 2.11.8355

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 25/06/2009

Nº da Guia: 17581



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2024	09:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, jogando handball e ao pular para jogar a bola caiu e torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Regiane	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Regi	09/05/2024

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

Colocamos gelo e informamos a família

Ass.: _____

Marsele Camargo

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

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1430121
Pedido.....: 806060
Paciente.....: ISABELE BALDUINO DO VALLE
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE
Data do Exame.: 09/05/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

13 de Maio de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
09/05/2024 11:42:01

Atendimento: 1430121 Data do Atendimento: 09/05/2024
Prontuário: 1017591 Nome: ISABELE BALDUINO DO VALLE
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 25/06/2009
RG: CPF: 14007799954 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: RUA LEOPOLDO MALEWSCHIK Numero 355 CEP: 83508568
Bairro: LOTEAMENTO MARINONI Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 17581
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ANDRESSA BALDUINO DO VALLE 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 : ISABELE BALDUINO DO VALLE, 14A.

Início da Triagem: 11:34:25.

Fim da Triagem: 11:39:09.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PACIENTE REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO, APÓS QUEDA EM AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA DATA DE HOJE.

Comorbidades: , NEGA..

MUC: NEGA.

ALERGIAS: NEGA.

Sinais Vitais:

PA: 110/60 mmHg FC: 71bpm FR: 16rpm Tax: 36,2°C SatO2: 98%
ECG: Dor: 8

Data: 08/05/2024.

ACADÊMICA EDUARDA

PRESCRIÇÃO.: 1623771 DATA: 09/05/2024 11:49
USUÁRIO....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1430121 DT NASC: 25/06/2009 (14A 10M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1017591 - ISABELE BALDUINO DO VALLE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/05/2024 11:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S836 ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...:

1430121

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + PERFIL + AXIAL						

SILVIO N. MASCHKE

Ortopedia e Traumatologia
CRM 9551

SILVIO NEUPERT MASCHKE

CRM: 9551

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1430121 **Prontuário:** 1017591 **SAME:** 1017591 **Hora Atend:** 11:39 **Data Atend:** 09/05/2024
Paciente..... : ISABELE BALDUINO DO VALLE **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA LEOPOLDO MALEWSCHIK
Bairro..... : LOTEAMENTO MARINONI
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF...:** PR **CEP:** 83508568
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S836 - ENTORSE E DISTENSAO DE OUTRAS PARTES E DAS NAO ESPECIFICADAS DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 09/05/2024 **Hora Saída :** 12:19

Prestador da Evolução Médica: **SILVIO NEUPERT MASCHKE**

HDA

VIROU O JOELHO ESQ HJ PELA MANHÃ / HANDBALL
DOR / CLAUDICAÇÃO

EXAME FISICO

JOELHO ESQ:
130 / 0
SEM DERRAME
ESTAVEL
MANOBRAS MENISCAIS -
PF: SP
RX JOELHO ESQ

DIAGNOSTICO

ENTORSE JOELHO ESQ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO ESQ

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
GELO
ALIVIUM 400
ATESTADO EF 3 SEM


SILVIO NEUPERT MASCHKE CRM 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA