

Atendimento: 1425615 - ISADORA VITORIA BUENO COSTA Lote: 1769795 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA VITORIA BUENO COSTA  
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO  
Sub Plano.:  
Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO / 48610  
Guia.....: 17305 Validade.:26/04/2024  
Senha.....: 17305 Autoriz.:26/04/2024  
Carteira.: 3357343 Validade.: 01/01/2025 Titular....: ISADORA VITORIA BUENO COSTA  
: RUA DOS CRISANTEMOS

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

| Grupo de Faturamento  | Sub-Total | Taxas | Desconto | Desconto Faixa | Filme | Total  |
|-----------------------|-----------|-------|----------|----------------|-------|--------|
| EXAMES E DIAGNOSTICOS | 39,83     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 39,83  |
| HONORARIOS MEDICOS    | 65,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00           | 0,00  | 65,00  |
| Total da Conta:       |           |       |          |                |       | 104,83 |

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 26/04/2024 | 40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)<br>PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 | EXAME       | 1    | 39,8320     | 39,83    |
| Total :    |                                                                                           |             |      |             | 39,83    |

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF                                        | Unid./Ativ.    | %Proc.  | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|------|-------------|----------|
| 26/04/2024 | 10101039 EM PRONTO SOCORRO<br>LUISA SOUZA ZARSKE DE MEL - 48610 06665931919 | UND<br>CLINICO | 100,00% | 1    | 65,0000     | 65,00    |
| Total :    |                                                                             |                |         |      | 65,00       |          |

Total Geral: 104,83





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

2 - Nº Guia no Prestador **17305**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                          |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                               | 3 - Número da Guia Principal                                                        |
| 4 - Data de Autorização<br>26/04/2024                                                                                    | 5 - Senha<br>17305                                                                  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                            | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>17305                                |
| Dados do Beneficiário                                                                                                    |                                                                                     |
| 8 - Número da Carteira<br>3357343                                                                                        | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2025                                              |
| 10 - Nome<br>ISADORA VITORIA BUENO COSTA                                                                                 | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                                             |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                               |                                                                                     |
| Dados do Solicitante                                                                                                     |                                                                                     |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                               | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUIZA SOUZA ZARSKA DE MELLO                                                     | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                    |
| 17 - Número no Conselho<br>48610                                                                                         | 18 - UF<br>41                                                                       |
| 19 - Código CBO<br>225125                                                                                                | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                         |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                |                                                                                     |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                         | 22 - Data da Solicitação<br>26/04/2024                                              |
| 23 - Indicação Clínica<br>ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO HOJE NA EDUCACAO FISICA NA ESCOLA DOR LOCAL PARA PISAR NEGA ALERGIA |                                                                                     |
| 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<br>76530518000107                                                                               | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                              |                                                                                     |
| Dados do Atendimento                                                                                                     |                                                                                     |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                              | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 26/04/2024 18:16 18:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                                          | 001 1.0 65.00 65.00                                                                 |
| 2 26/04/2024 19:27 19:27 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)                                           | 001 1.0 39.83 39.83                                                                 |
| 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\$)<br>104.83                                                                              | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                        |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                    | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                    |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                        |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>104.83                                                                                         |                                                                                     |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                          | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                      |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                            |                                                                                     |



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Isadora Vitória Bueno Costa  
**Nº da Carteira:** 3.357.343  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 25/06/2014

**Nº da Guia:** 17305

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 26/04/2024         | 15:58:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Torção          | Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

| Descrição                                               |
|---------------------------------------------------------|
| Fazendo aula de educação física e torceu o pé esquerdo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Profº Marcio             | (41) 3028-5450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Larissa                         | 26/04/2024 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

| Observações                   |
|-------------------------------|
| Local dolorido e sem inchaço. |

Ass.:

Vera Lúcia Lido Amaral

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Isadora Vitória Bueno Costa  
**Nº da Carteirinha:** 3.357.343  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 25/06/2014

**Nº da Guia:** 17305

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 26/04/2024         | 15:58:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Torção          | Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

Fazendo aula de educação física e torceu o pé esquerdo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Profº Marcio             | (41) 3028-5450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Larissa                         | 26/04/2024 |

| 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<br>(41) 3218-2181 |

### Observações

Local dolorido e sem inchaço.

Ass.:

Vera Lúcia Lido Amaral

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)







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

2 - Nº Guia no Prestador **17305**

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                 |  | 3 - Número da Guia Principal                                     |  |
| 4 - Data de Autorização<br>26/04/2024                                                                                                                                                                                      |  | 5 - Senha<br>17305                                               |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>17305             |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                  |  |
| 8 - Número da Carteira<br>3357343                                                                                                                                                                                          |  | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2025                           |  |
| 10 - Nome<br>ISADORA VITORIA BUENO COSTA                                                                                                                                                                                   |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                  |  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                                                                                                                                                       |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>0000                                                                                                                                                                                            |  | 18 - UF<br>41                                                    |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                                                                                                                            |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                                           |  | 22 - Data da Solicitação<br>26/04/2024                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                  |  |
| 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<br>76530518000107                                                                                                                                                                                 |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                      |  |
| 31 - Código CNES<br>3005585                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                  |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 26/04/2024 18:16 18:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00                                                                                                                                        |  |                                                                  |  |
| 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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\$) |  |                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado                                                                                               |  |                                                                  |  |

Dra. Luisa Szarynske de Mello  
Médica  
CRM/PR 48610

Eliane B. n. costa





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

2 - Nº Guia no Prestador 17305

Folha: 1 / 1

|                                                                                                  |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       | 3 - Número da Guia Principal                                                        |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 4 - Data de Autorização<br>26/04/2024                                                            | 5 - Senha<br>17305                                                                  | 6 - Data de Validade da Senha                                        | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>17305 |                                          |                                              |                                 |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 8 - Número da Carteira<br>3357343                                                                | 9 - Validade da Carteira<br>01/01/2025                                              | 10 - Nome<br>ISADORA VITORIA BUENO COSTA                             | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde              | 12 - Atendimento a RN<br>N               |                                              |                                 |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 13 - Código da Operadora<br>76530518000107                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTONISTA                                             | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                    | 17 - Número no Conselho<br>0000                                      | 18 - UF<br>41                                        | 19 - Código CBO                          | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante  |                                 |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                        |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>2                                                                 | 22 - Data da Solicitação<br>26/04/2024                                              | 23 - Indicação Clínica                                               |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 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<br>76530518000107                                                       | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL XV LTDA                                         |                                                                      |                                                      |                                          | 31 - Código CNES<br>3005585                  |                                 |
| Dados do Atendimento                                                                             |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>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 26/04/2024 18:16 18:16 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO                                  | 001 1.0 65.00 65.00                                                                 |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /                                                          |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /                                                         |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                  |                                                                                     |                                                                      |                                                      |                                          |                                              |                                 |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>65.00                                                       | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                        | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00 | 65 - Total Geral (R\$)<br>65.00 |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                                     | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>Elaine B. V. Costa |                                                      | 68 - Assinatura do Contratado            |                                              |                                 |

**Serviço de Radiologia**

---

**Atendimento.....:** 1425615

**Pedido.....:** 803310

**Paciente.....:** ISADORA VITORIA BUENO COSTA

**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**Médico Sol.....:** LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO

**Data do Exame.:** 26/04/2024

---

**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO 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.

06 de Maio de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI  
CRM 2779 RQE 1149

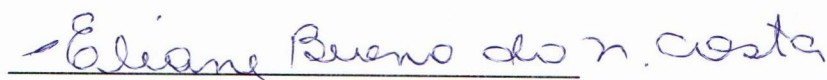


URGENCIA/EMERGENCIA  
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA  
26/04/2024 18:18:08

Atendimento: 1425615      Data do Atendimento: 26/04/2024  
Prontuário: 1016586      Nome: ISADORA VITORIA BUENO COSTA  
Sexo: FEMININO      Idade: 9      Data de Nascimento: 25/06/2014  
RG: 166984432      CPF: 15275617984      Estado Civil: SOLTEIRO  
Telefone:

Rua: RUA DOS CRISANTEMOS      Numero 53      CEP: 83411330  
Bairro: SAO DIMAS      Cidade: COLOMBO      UF: PR  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357343  
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.



Paciente e/ou Responsável



fp

## HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ISADORA VITORIA B. COSTA 9 ANOS

Início da Triagem: 18:11:01.

Fim da Triagem: 18:12:08.

**Classificação: AZUL (120 min)**

**Motivo do Atendimento:**

**ORTOPÉDICO**

TRAUMA EM MIE PÉ, MACHUCOU NA ESCOLA HJ

**Comorbidades:** .

**MUC:** NEGA

**ALERGIAS:** NEGA

**Sinais Vitais:**

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

Data: 26/04/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA



PRESCRIÇÃO.: 1618984 DATA: 26/04/2024 19:26  
USUÁRIO....: LUISA.MELLO  
ATENDIMENTO: 1425615 DT NASC: 25/06/2014 (9A 10M 3D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
PACIENTE...: 1016586 - ISADORA VITORIA BUENO COSTA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 26/04/2024 18:16 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.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**\*1425615\*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

|                                        | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO) | 1   |         |    |     |            |               |

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

LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO  
CRM: 48610

### DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1425615    Prontuário: 1016586    SAME: 1016586    Hora Atend: 18:16    Data Atend:26/04/2024  
Paciente..... : ISADORA VITORIA BUENO COSTA    Idade: 9 a  
Endereço..... : RUA DOS CRISANTEMOS  
Bairro..... : SAO DIMAS  
Cidade..... : COLOMBO    UF.: PR    CEP: 83411330  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA    Plano...: UNICO  
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 27/04/2024    Hora Saída :01:54  
Prestador da Evolução Médica: 1755    LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

#### HDA

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO HOJE NA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESCOLA  
DOR LOCAL PARA PISAR  
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

#### EXAME FÍSICO

P: 35KG  
PELE INTEGRAL  
SEM EDEMA OU EQUIMOSE  
DOR PERIMALEOLAR MEDIAL E LATERAL  
SEM DOR A MOBILIZAÇÃO PASSIVA  
SEM DOR EM FIBULA PROXIMAL E PE  
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

#### DIAGNOSTICO

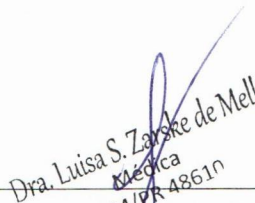
ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

#### DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO ESQUERDO

#### TRATAMENTO

ALIVIO  
CRIOTERAPIA  
ORIENTAÇÕES GERAIS  
TORNOZELEIRA  
RETORNO AO PS SE MANUTENÇÃO DAS QUEIXAS EM UMA SEMANA

  
Dra. Luisa S. Zarske de Mello  
Médica  
ARM/PR 48610  
LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA