

Atendimento: 1342859 - JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA Lote: 1639821 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 12666 Validade.:10/08/2023
Senha.....: 12666 Autoriz...:10/08/2023
Carteira...: 2781258 Validade.: 31/12/2023 Titular...: JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA
: RUA MANDAGUACU

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
10/08/2023	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
10/08/2023	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 12666

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/08/2023		5 - Semha 12666	
6 - Data de Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 12666	
8 - Número da Carteira 2781258		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome do Beneficiário JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código do Operador 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 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/08/2023	
23 - Indicação Clínica QUEDA ESCOLA / BASQUETE / BATEU O JOELHO ESQ DOR NAO APOIA O MI ESQ			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 10/08/2023 12:33 12:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 10/08/2023 12:47 12:47 22 40804062 RX - PATELA 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65,00 001 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 - _/_/_/____ 3 - _/_/_/____ 2 - _/_/_/____ 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel Matioski Sonda
Nº da Carteirinha: 2.78.1258
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 27/01/2011

Nº da Guia: 12666

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	10:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava em aula de ed. física .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Gabriel	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Gabriel	10/08/2023

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
O aluno esta jogando basquete quando caiu e torceu seu joelho , foi passado gelou no local, e foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referencia .

Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

Ass.:

Fabio Bittencourt Machado

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: assistencia.edica@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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12666

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
10/08/2023

5 - Senha
12666

6 - Data de Validade da Senha
12666

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2781258

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA

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 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
10/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
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
04

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)
9

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 10/08/2023 12:33 12:33 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 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\$)
65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Shirley Pereira Sonda

2 - N° Guia no Prestador 12666

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/08/2023	5 - Sentia	12666
	6 - Data de Validade da Sentia	12666
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
2781258	31/12/2023
10 - Nome	
JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
[Stamp: 31/12/2023]	
12 - Atendimento a RN	
N	

13 - Código de 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 / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
2	10/08/2023
	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
	26 - Descrição
27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.

Índice do Certificado Excelente

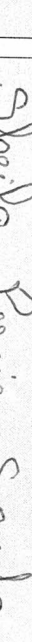
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA	3005685
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta
04	9	1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		

66-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 10/08/2023	12:33	12:33	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Enquadrante(s)	
18-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

6 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____
2 - ____/____/____	4 - ____/____/____
5 - ____/____/____	6 - ____/____/____
7 - ____/____/____	8 - ____/____/____
9 - ____/____/____	9 - ____/____/____
10 - ____/____/____	10 - ____/____/____

9 - 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
6 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

Atendimento.....: 1342859
753951

Paciente.....: JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 10/08/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

Diminutas calcificações projetadas anterior a tuberosidade anterior da tíbia.

Demais estruturas ósseas preservadas.

Derrame articular.

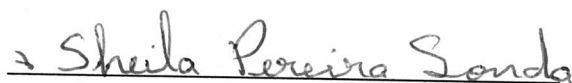
11 de Agosto de 2023

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOCINTYA.SILVA
10/08/2023 12:35:01

Atendimento: 1342859 Data do Atendimento: 10/08/2023
Prontuário: 1001584 Nome: JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA
Sexo: MASCULINO Idade: 12 Data de Nascimento: 27/01/2011
RG: 143359875 CPF: 14042510906 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: RUA MANDAGUACU Numero 533 CEP: 83324440
Bairro: VILA EMILIANO PERNETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781258
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 (**CPC**), **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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1342859 **Prontuário:** 1001584 **SAME:** 1001584 **Hora Atend:** 12:33 **Data Atend:** 10/08/2023
Paciente..... : JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA **Idade:** 12 a
Endereço..... : RUA MANDAGUACU
Bairro..... : VILA EMILIANO PERNETA
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83324440
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S820 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 10/08/2023 **Hora Saída :** 18:54

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

HDA

QUEDA ESCOLA / BASQUETE / BATEU O JOELHO ESQ
DOR
NÃO APOIA O MI ESQ

EXAME FISICO

JOELHO ESQ:
90 / 0
DERRAME +++
ESTAVEL
PF: SP ??
RX

DIAGNOSTICO

FARTURA PATELA ??? / HEMARTROSE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FARTURA PATELA ??? / HEMARTROSE

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
IMOBILIZADOR JOELHO
PAR MULETAS
ALIVIO GTS / GELO
ATESTADO EF
RM
REVER

SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia - Traumatologia
CRM 9551 - CPF 401.468.399-00

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1523377 DATA: 10/08/2023 12:47
USUÁRIO.....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO: 1342859 DT NASC: 27/01/2011 (12A 6M 13D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1001584 - JOAO GABRIEL MATIOSKI SONDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/08/2023 12:33 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1342859*****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 NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551