

Atendimento: 1443714 - LEONARDO DE LIMA DA SILVA Lote: 1797904 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LEONARDO DE LIMA DA SILVA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
Guia.....: 18835 Validade.:20/06/2024
Senha.....: 18835 Autoriz.:20/06/2024
Carteira.: 3357613 Validade.: 01/02/2026 Titular....: LEONARDO DE LIMA DA SILVA
: RUA ENEAS MARQUES

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						116,67

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2024	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
20/06/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO SILVIO NEUPERT MASCHKE - 9551 40146839900	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **18835**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 20/06/2024	5 - Senha 18835
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18835

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 3357613	9 - Validade da Carteira 01/02/2026
10 - Nome LEONARDO DE LIMA DA SILVA	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 20/06/2024	23 - Indicação Clínica QUEDA FUTEBOL HA POUCO / GOLEIRO BATEU O JOELHO DIR NO CHAO

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 20/06/2024	14:24	14:24	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 20/06/2024	15:12	15:12	22	40804062	RX - PATELA	001			1.0	36.67	36.67

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\$) 116.67	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\$) 116.67
--	---	--	---	---	---	---

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1443714

Pedido.....: 814353

Paciente.....: LEONARDO DE LIMA DA SILVA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: SILVIO NEUPERT MASCHKE

Data do Exame.: 20/06/2024

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

23 de Junho de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo de Lima da Silva
Nº da Carteira: 3.357.613
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 10/08/2012

Nº da Guia: 18835

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2024	11:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição
Aluno se jogou no chão ao fazer uma defesa, por estar na posição de goleiro acabou se jogando e batendo o joelho direito com força no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Andre	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	20/06/2024

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 (41) 3218-2181

Observações
trauma

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Leonardo de Lima da Silva
Nº da Carteira: 3.357.613
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 10/08/2012

Nº da Guia: 18835

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2024	11:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição
Aluno se jogou no chão ao fazer uma defesa, por estar na posição de goleiro acabou se jogando e batendo o joelho direito com força no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Andre	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	20/06/2024

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
trauma

Ass.:

Larissa Lima Silva

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 **18835**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 20/06/2024	5 - Senha 18835	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18835

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357613	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome LEONARDO DE LIMA DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------------------	--	--	---

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 20/06/2024	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 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 20/06/2024	14:24	14:24	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 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	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 	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **18835**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 20/06/2024	5 - Senha 18835	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 18835

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3357613	9 - Validade da Carteira 01/02/2026	10 - Nome LEONARDO DE LIMA DA SILVA	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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/06/2024	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 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 20/06/2024	14:24	14:24	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 - / /	5 - / /	7 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /	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 	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICONAYARA CARNEIRO
20/06/2024 14:29:52

Atendimento: 1443714 Data do Atendimento: 20/06/2024
Prontuário: 1020444 Nome: LEONARDO DE LIMA DA SILVA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 10/08/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 988654969
Rua: RUA ENEAS MARQUES Numero 123 CEP: 83410200
Bairro: GUARAITUBA Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357613
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: PRISCILA ROCHA DE LIMA 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



Paciente : LEONARDO DE LIMA DA SILVA, 11 A

Início da Triagem: 14:18:39.

Fim da Triagem: 14:24:29.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: DOR NO JOELHO DIREITO. ENCAMINHADO DO COLEGIO ADVENTISTA. ALUNO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E ACABOU CAUSANDO TRAUMA NO JOELHO. RELATA DIFICULDADE PARA CAMINHAR E ESTENDER A PERNA.

Comorbidades: , ASMA.

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 100bpm FR: rpm Tax: 36.2°C SatO2: 96% ECG:
Dor:

Data: 20/06/2024.

DÉBORA EGÍPCIA

PRESCRIÇÃO.: 1637909 DATA: 20/06/2024 15:12
USUÁRIO....: SILVIO.MASCHKE
ATENDIMENTO.: 1443714 DT NASC: 10/08/2012 (11A '10M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1020444 - LEONARDO DE LIMA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/06/2024 14:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

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

1443714

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)40804062	1						
Obs.: AP + PERFIL + AXIAL							

SILVIO NEUPERT MASCHKE
CRM: 9551

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1443714 **Prontuário:** 1020444 **SAME:** 1020444 **Hora Atend:** 14:24 **Data Atend:**20/06/2024
Paciente..... : LEONARDO DE LIMA DA SILVA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ENEAS MARQUES
Bairro..... : GUARAITUBA
Cidade..... : COLOMBO **UF..:** PR **CEP:** 83410200
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 20/06/2024 **Hora Saída :** 17:47

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

HDA

QUEDA FUTEBOL HA POUCO / GOLEIRO
BATEU O JOELHO DIR NO CHÃO

EXAME FISICO

JOELHO DIR?
DOR + AUM VOLUME LOCALIZADO 1/3 PROX AM TIBIA
130 / 0 COM DOR
ESTAVEL
SEM DERRAME
PF: SP
RX

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO JOELHO DIR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO JOELHO DIR

TRATAMENTO

ORIENTAÇÃO
GELO
REPOUSO
SEM FUTEBOL 2 SEM
ATESTADO 2 SEM
ALIVIUM 400

Dr. SILVIO N. MASCHKE
Ortopedia
CRM 9551

SILVIO NEUPERT MASCHKE / 9551
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA