

Atendimento: 1222303 - LETICIA LOPES DE SOUZA Lote: 1450959 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LETICIA LOPES DE SOUZA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
Guia.....: 1222303 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 0000 Validade.: Titular....: LETICIA LOPES DE SOUZA
: MARIA VACCARI BORTOLAN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/06/2022	40804054 JOELHO	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
28/06/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
RICARDO SPRENGER FALAVINH - 38421 03300604907		CLINICO				
Total :						65,00

Total Geral: 95,64

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Letícia Lopes de Souza
Nº da Carteirinha: 2.33.2552
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 28/05/2005

Nº da Guia: 6732



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/06/2022	12:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
A Aluna estava jogando handbol e torceu o joelho...

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Larissa	(41) 3051-8700

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações
Foi aplicado gelo no local.

Ass.: _____

Daniele Novaes Torino

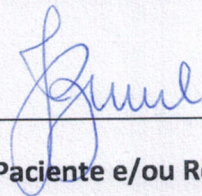
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
28/06/2022 14:56:08

Atendimento: 1222303 Data do Atendimento: 28/06/2022
Prontuário: 980502 Nome: LETICIA LOPES DE SOUZA
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 28/05/2005
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARIA VACCARI BORTOLAN Numero 529 CEP: 83015080
Bairro: OURO FINO Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 0000
Médico: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR CRM: 38421
Responsável: JULIANA B SOUZA 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1222303

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	LETICIA LOPES DE SOUZA				N	
0000							

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	HOSPITAL XV LTDA					
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA						
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO		
RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR		06	38421	41	225270		
Dados do Atendimento / Procedimento e Exames Realizados		23 - Indicação Clínica					
21 - Carteira do Atendimento	22 - Data da Solicitação						
2	28/06/2022						

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1
				0

Dados do Contrato Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora	HOSPITAL XV LTDA				3005585

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via		44 - Têc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento												
36																

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO	
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional						
48									

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

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

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 28/06/2022 14:55:12

Contat.ote:

Atendimento: 1222303

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 1222303

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LETICIA LOPES DE SOUZA

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

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38421

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Marcelo Asinick
MÉDICO
NEFROLOGISTA E TRADUTOR

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

28/06/2022

23 - Indicação Clínica

Consultar em pronto socorro

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Botic. 28 - Ql. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Excusante

29 - Código na Operadora

HOSPITAL XV LTDA

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide. 43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 28/06/2022 14:55:12

Controle:

Atendimento: 1222303

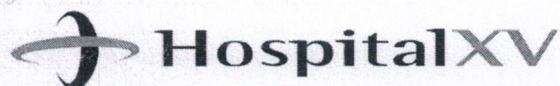
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário : Triagem e Classificação de Risco

Setor : Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



ETIQUETA DO PACIENTE

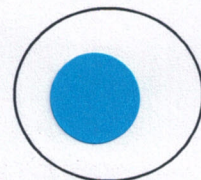
LEIGIA LOPES

Início da Triagem:

14 : 41 h

Final da Triagem:

14 : 46 h



MOTIVO DO ATENDIMENTO: RELATA TORMÇÃO EM JOELHO @ HA' 04 DIAS, VEIO DO P-A
PRO'S NOTAR EDEMA.

mx @

x NENA DOU A PULSAÇÃO

x UTILIZANDO FAIXA HA' 04 DIAS

x 17 ANOS

x EDEMA (LACRO + I IV) EM JOELHO

x RELATA DIFICULDADE DO NEQUIZAR EXTENSÃO

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FISICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIATRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO [x] SIM [] QUAIS: _____

MUCs: _____

SINAIS VITAIS:

PA : _____ X _____ mmhg FC 97 bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 96 %

GLICEMIA: _____ mg/dl

ESCALA DE DOR: _____

E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO)



AMARELO (30 MINUTOS)



VERDE (90 MINUTOS)



AZUL (120 MINUTOS)



RISCOS

QUEDA: NÃO [x] SIM [] JUSTIFICATIVA: _____

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ULTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ULTIMOS 30 DIAS CLINICO/CIRURGICO:

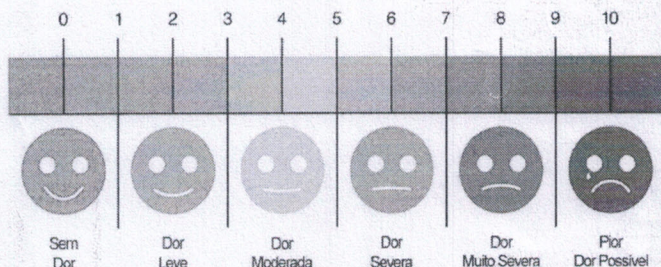
NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UP/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANENCIA MAIOR QUE 24H NOS ULTIMOS 30 DIAS ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____

HEMODIÁLITICO CRONICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?

NÃO [x] SIM [] LOCAL: _____



Assinatura e carimbo Enfermeiro

PRESCRIÇÃO.: 1386159 DATA: 28/06/2022 15:02
USUÁRIO....: RICARDO.FALAVINHA
ATENDIMENTO: 1222303 DT NASC: 28/05/2005 (17A 1M 1D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 980502 - LETICIA LOPES DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/06/2022 14:50 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M239 TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1222303

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P E LAT (DIREITO)	1						

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR
CRM: 38421

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1222303 **Prontuário:** 980502 **SAME:** 980502 **Hora Atend:** 14:50 **Data Atend:** 28/06/2022
Paciente..... : LETICIA LOPES DE SOUZA **Idade:** 17 a
Endereço..... : MARIA VACCARI BORTOLAN
Bairro..... : OURO FINO
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83015080
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M239 - TRANSTORNO INTERNO NAO ESPECIFICADO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 28/06/2022 **Hora Saída :** 15:30
Prestador da Evolução Médica: 1165 **RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR**

HDA

TORCAO JOELHO DIR HA 4 DIAS

EXAME FISICO

DOR EM REGIAO POSTERIOR
ADM-130
LACHMANN DURO/STRESS VALGO E VARO-/MCMURRAY-

DIAGNOSTICO

ENTORSE JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE JOELHO

TRATAMENTO

ANALGESIA
GELO
ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA.
RECOMENDO RETORNO IMEDIATO AO PS SE PIORA, PERSISTÊNCIA, MUDANÇA DE PADRÃO OU SINAIS DE ALERTA

RICARDO SPRENGER FALAVINHA JUNIOR / 38421
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA