

Atendimento: 1261144 - MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER Lote: 1511690 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
Guia.....: 8987 Validade.:10/11/2022
Senha.....: 8987 Autoriz.:10/11/2022
Carteira.: 2117629 Validade.: 30/12/2022 Titular....: MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER
: PADRE JOSE MAURICIO

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
HONORARIOS 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
10/11/2022	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10/11/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIR - 46356 13737943729	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						95,64



1 - Registro ANS
000000

Folha: 1 / 1

4 - Data de Autorização
10/11/2022

5 - Senha
8987

6 - Data de Validade da Senha

8 - Número da Carteira
2117629

9 - Validade da Carteira
30/12/2022

10 - Nome
MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
GABRIEL FRIACA DE OLIVEIRA CARDOSO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
46356

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
10/11/2022

23 - Indicação Clínica
PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETOE M JOELHO A ESQUERDA NA TARDE DE ONTEM EVOLUINDO COM DOR E DIFICUL

27 - Qx Solic. 28 - Qx Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
2

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 10/11/2022 18:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 10/11/2022 19:02 22 40804054 RX - JOELHO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00
001 1.0 30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Sq. Ref. 49 - Cr. 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 do Procedimentos em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
95.64

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\$)
95.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus da Silva Scheleider

Nº da Carteirinha: 2.11.7629

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 02/06/2006

Nº da Guia: 8987

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/11/2022	09:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava correndo no ginásio e tropeço em uma rede de proteção, caindo sobre o joelho.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Phillipe	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Orientadora Marsele	10/11/2022

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
Aplicado gelol no local. Contato com o pai.

Ass.:

Ronaldo B. Silva

Ronaldo Bridarolli da Silva

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Miro Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccb@educadventista.org.br

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

Atendimento.....: 1261144
704547

Paciente.....: MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO

Data do Exame.: 10/11/2022

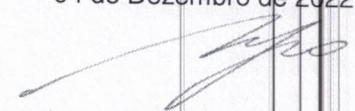
RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

04 de Dezembro de 2022

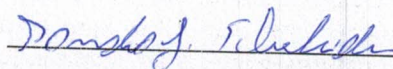


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
10/11/2022 18:56:04

Atendimento: 1261144 Data do Atendimento: 10/11/2022
Prontuário: 986998 Nome: MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 02/06/2006
RG: CPF: 12619660904 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 995204997
Rua: PADRE JOSE MAURICIO Numero 724 CEP: 83508400
Bairro: JARDIM JOAO PAULO II Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2117629
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SANDRO JOSE SCHELEIDER Parentesco: PAI

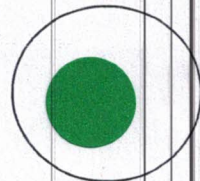
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência 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

Ortopedia

ETIQUETA DO PACIENTE

 Início da Triagem: 18:50h
 Final da Triagem: _____:____h


Mathius da Silva (66 anos)

MOTIVO DO ATENDIMENTO

SIC gelata trauma e dor joelho @.

COMORBIDADES :

 HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
 DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
 DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS ninguém
ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: ninguémMUCs: ninguém

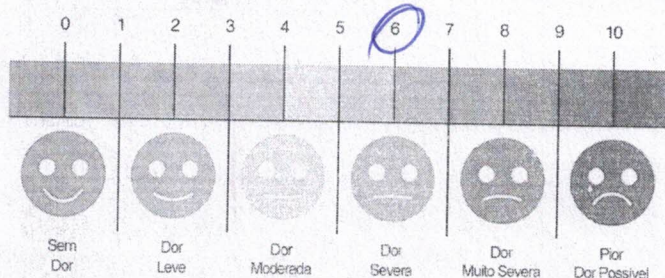
SINAIS VITAIS:

PA: 120 X 70 mmHg FC 83 bpm FR 18 rpm Tax: 36.1°C SatO2 96%GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: 06 E. GLASGOW: 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

 VERMELHO (IMEDIATO) ☐ AMARELO (30 MINUTOS) ☐
 VERDE (90 MINUTOS) ☒ AZUL (120 MINUTOS) ☐

RISCOS

 QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
 INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
 NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
 ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPB/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
 ÚLTIMOS 30 DIAS ?
 NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
 HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
 NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____

 Tuany Costa de Sousa
 Enfermeira
 COREN-PR 450.827

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1261144 **Prontuário:** 986998 **SAME:** 986998 **Hora Atend:** 18:51 **Data Atend:** 10/11/2022
Paciente..... : MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER
Idade: 16 a
Endereço..... : PADRE JOSE MAURICIO
Bairro..... : JARDIM JOAO PAULO II
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF...:** PR **CEP:** 83508400
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 10/11/2022 **Hora Saída :** 20:00

Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETOE M JOELHO A ESQUERDA NA TARDE DE ONTEM EVOLUINDO COM DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTO , NEGA OUTRAS QUEIXAS , E MUC

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLADA , NV PRESERVADO LACHMAN RIGIDO, DEMAIS TESTES LIGAMENTARES RIGIDOS , SEM DERRAME ARTICULAR , AUMENTO DE VOLUME EM REGIAO LATERAL A TAT, ADM AMPLA E LIVRE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE JOELHO

TRATAMENTO

ORIENTO , LISADOR , GELO , MELOXICAM, REPOUSO , REOTRNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1428636 DATA: 10/11/2022 19:02
USUÁRIO....: GABRIEL.CARDOSO
ATENDIMENTO: 1261144 DT NASC: 02/06/2006 (16A 5M 16D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 986998 - MATHEUS DA SILVA SCHELEIDER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2022 18:51 0 DIAS(S) INT

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

2ª VIA

Rubrica do
Médico***1261144*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					

GABRIEL FRIAÇA DE OLIVEIRA CARDOSO
CRM: 46356