

Atendimento: 1293134 - MAYCON SCHULTZ Lote: 1561472 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MAYCON SCHULTZ

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.: Plano.....: UNICO

Medico/CRM: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610

Guia.....: 9849 Validade.:03/03/2023

Senha.....: 9849 Autoriz.:03/03/2023

Carteira.: 367902 Validade.: 31/12/2023 Titular...: MAYCON SCHULTZ

: AIDES ANGELO DE OLIVEIRA

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
03/03/2023	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
03/03/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MEL - 48610 06665931919	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 9849

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/03/2023

5 - Senha

9849

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Albitudo pela Operadora
9849

8 - Número da Carteira
367902

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MAYCON SCHULTZ

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
LUIZA SOUZA ZARSE DE MELLO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
48610

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
03/03/2023

23 - Indicação Clínica
PACIENTE REFERE QUE JOELHO SAIU DO LUGAR EM AULA DE EDUCACAO FISICA HOJE, AO GIRAR O CORPO. NEGA

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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)
2

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
1 03/03/2023 16:21 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 03/03/2023 16:44 22 40804054 RX - JOELHO

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

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sig. 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\$)
95.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (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: Maycon Schultz

Nº da Carteira: 3.6.7902

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 28/01/2007

Nº da Guia: 9849



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/03/2023	10:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno estava na educação física jogando futebol, quando realizou um movimento com a perna (MID) e veio a torce-lo no processo, professor Ricardo está ciente.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Elcio Felipe	03/03/2023

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

Encaminhado até a enfermaria, onde segue com gelo no local, aluno aguarda na enfermaria contato com os pais.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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 **9849**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
------------------------------	------------------------

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

Dados do Beneficiário		10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira 367902	9 - Validade da Carteira	MAYCON SCHULTZ		N

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
13 - Código da Operadora 76530518000107	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	HOSPITAL XV LTDA	06	0000	41		

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/03/2023		1	0
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro		

Dados do Contratado Excitante		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		42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	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	41 - Descrição			

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 -	7 -	9 -
1 -	2 -	3 -	4 -	6 -	8 -
10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	15 -
16 -	17 -	18 -	19 -	20 -	21 -
22 -	23 -	24 -	25 -	26 -	27 -
28 -	29 -	30 -	31 -	32 -	33 -
34 -	35 -	36 -	37 -	38 -	39 -
40 -	41 -	42 -	43 -	44 -	45 -
46 -	47 -	48 -	49 -	50 -	51 -
52 -	53 -	54 -	55 -	56 -	57 -
58 -	59 -	60 -	61 -	62 -	63 -
64 -	65 -	66 -	67 -	68 -	69 -
70 -	71 -	72 -	73 -	74 -	75 -
76 -	77 -	78 -	79 -	80 -	81 -
82 -	83 -	84 -	85 -	86 -	87 -
88 -	89 -	90 -	91 -	92 -	93 -
94 -	95 -	96 -	97 -	98 -	99 -
100 -	101 -	102 -	103 -	104 -	105 -
106 -	107 -	108 -	109 -	110 -	111 -
112 -	113 -	114 -	115 -	116 -	117 -
118 -	119 -	120 -	121 -	122 -	123 -
124 -	125 -	126 -	127 -	128 -	129 -
130 -	131 -	132 -	133 -	134 -	135 -
136 -	137 -	138 -	139 -	140 -	141 -
142 -	143 -	144 -	145 -	146 -	147 -
148 -	149 -	150 -	151 -	152 -	153 -
154 -	155 -	156 -	157 -	158 -	159 -
160 -	161 -	162 -	163 -	164 -	165 -
166 -	167 -	168 -	169 -	170 -	171 -
172 -	173 -	174 -	175 -	176 -	177 -
178 -	179 -	180 -	181 -	182 -	183 -
184 -	185 -	186 -	187 -	188 -	189 -
190 -	191 -	192 -	193 -	194 -	195 -
196 -	197 -	198 -	199 -	200 -	201 -
202 -	203 -	204 -	205 -	206 -	207 -
208 -	209 -	210 -	211 -	212 -	213 -
214 -	215 -	216 -	217 -	218 -	219 -
220 -	221 -	222 -	223 -	224 -	225 -
226 -	227 -	228 -	229 -	230 -	231 -
232 -	233 -	234 -	235 -	236 -	237 -
238 -	239 -	240 -	241 -	242 -	243 -
244 -	245 -	246 -	247 -	248 -	249 -
250 -	251 -	252 -	253 -	254 -	255 -
256 -	257 -	258 -	259 -	260 -	261 -
262 -	263 -	264 -	265 -	266 -	267 -
268 -	269 -	270 -	271 -	272 -	273 -
274 -	275 -	276 -	277 -	278 -	279 -
280 -	281 -	282 -	283 -	284 -	285 -
286 -	287 -	288 -	289 -	290 -	291 -
292 -	293 -	294 -	295 -	296 -	297 -
298 -	299 -	300 -	301 -	302 -	303 -
304 -	305 -	306 -	307 -	308 -	309 -
310 -	311 -	312 -	313 -	314 -	315 -
316 -	317 -	318 -	319 -	320 -	321 -
322 -	323 -	324 -	325 -	326 -	327 -
328 -	329 -	330 -	331 -	332 -	333 -
334 -	335 -	336 -	337 -	338 -	339 -
340 -	341 -	342 -	343 -	344 -	345 -
346 -	347 -	348 -	349 -	350 -	351 -
352 -	353 -	354 -	355 -	356 -	357 -
358 -	359 -	360 -	361 -	362 -	363 -
364 -	365 -	366 -	367 -	368 -	369 -
370 -	371 -	372 -	373 -	374 -	375 -
376 -	377 -	378 -	379 -	380 -	381 -
382 -	383 -	384 -	385 -	386 -	387 -
388 -	389 -	390 -	391 -	392 -	393 -
394 -	395 -	396 -	397 -	398 -	399 -
400 -	401 -	402 -	403 -	404 -	405 -
406 -	407 -	408 -	409 -	410 -	411 -
412 -	413 -	414 -	415 -	416 -	417 -
418 -	419 -	420 -	421 -	422 -	423 -
424 -	425 -	426 -	427 -	428 -	429 -
430 -	431 -	432 -	433 -	434 -	435 -
436 -	437 -	438 -	439 -	440 -	441 -
442 -	443 -	444 -	445 -	446 -	447 -
448 -	449 -	450 -	451 -	452 -	453 -
454 -	455 -	456 -	457 -	458 -	459 -
460 -	461 -	462 -	463 -	464 -	465 -
466 -	467 -	468 -	469 -	470 -	471 -
472 -	473 -	474 -	475 -	476 -	477 -
478 -	479 -	480 -	481 -	482 -	483 -
484 -	485 -	486 -	487 -	488 -	489 -
490 -	491 -	492 -	493 -	494 -	495 -
496 -	497 -	498 -	499 -	500 -	501 -
502 -	503 -	504 -	505 -	506 -	507 -
508 -	509 -	510 -	511 -	512 -	513 -
514 -	515 -	516 -	517 -	518 -	519 -
520 -	521 -	522 -	523 -	524 -	525 -
526 -	527 -	528 -	529 -	530 -	531 -
532 -	533 -	534 -	535 -	536 -	537 -
538 -	539 -	540 -	541 -	542 -	543 -
544 -	545 -	546 -	547 -	548 -	549 -
550 -	551 -	552 -	553 -	554 -	555 -
556 -	557 -	558 -	559 -	560 -	561 -
562 -	563 -	564 -	565 -	566 -	567 -
568 -	569 -	570 -	571 -	572 -	573 -
574 -	575 -	576 -	577 -	578 -	579 -
580 -	581 -	582 -	583 -	584 -	585 -
586 -	587 -	588 -	589 -	590 -	591 -
592 -	593 -	594 -	595 -	596 -	597 -
598 -	599 -	600 -	601 -	602 -	603 -
604 -	605 -	606 -	607 -	608 -	609 -
610 -	611 -	612 -	613 -	614 -	615 -
616 -	617 -	618 -	619 -	620 -	621 -
622 -	623 -	624 -	625 -	626 -	627 -
628 -	629 -	630 -	631 -	632 -	633 -
634 -	635 -	636 -	637 -	638 -	639 -
640 -	641 -	642 -	643 -	644 -	645 -
646 -	647 -	648 -	649 -	650 -	651 -
652 -	653 -	654 -	655 -	656 -	657 -
658 -	659 -	660 -	661 -	662 -	663 -
664 -	665 -	666 -	667 -	668 -	669 -
670 -	671 -	672 -	673 -	674 -	675 -
676 -	677 -	678 -	679 -	680 -	681 -
682 -	683 -	684 -	685 -	686 -	687 -
688 -	689 -	690 -	691 -	692 -	693 -
694 -	695 -	696 -	697 -	698 -	699 -
700 -	701 -	702 -	703 -	704 -	705 -
706 -	707 -	708 -	709 -	710 -	711 -
712 -	713 -	714 -	715 -	716 -	717 -
718 -	719 -	720 -	721 -	722 -	723 -
724 -	725 -	726 -	727 -	728 -	729 -
730 -	731 -	732 -	733 -	734 -	735 -
736 -	737 -	738 -	739 -	740 -	741 -
742 -	743 -	744 -	745 -	746 -	747 -
748 -	749 -	750 -	751 -	752 -	753 -
754 -	755 -	756 -	757 -	758 -	759 -
760 -	761 -	762 -	763 -	764 -	765 -
766 -	767 -	768 -	769 -	770 -	771 -
772 -	773 -	774 -	775 -	776 -	777 -
778 -	779 -	780 -	781 -	782 -	783 -
784 -	785 -	786 -	787 -	788 -	789 -
790 -	791 -	792 -	793 -	794 -	795 -
796 -	797 -	798 -	799 -	800 -	801 -
802 -	803 -	804 -	805 -	806 -	807 -
808 -	809 -	810 -	811 -	812 -	813 -
814 -	815 -	816 -	817 -	818 -	819 -
820 -	821 -	822 -	823 -	824 -	825 -
826 -	827 -	828 -	829 -	830 -	831 -
832 -	833 -	834 -	835 -	836 -	837 -
838 -	839 -	840 -	841 -	842 -	843 -
844 -	845 -	846 -	847 -	848 -	849 -
850 -	851 -	852 -	853 -	854 -	855 -
856 -	857 -	858 -	859 -	860 -	861 -
862 -	863 -	864 -	865 -	866 -	867 -
868 -	869 -	870 -	871 -	872 -	873 -
874 -	875 -	876 -	877 -	878 -	879 -
880 -	881 -	882 -	883 -	884 -	885 -
886 -	887 -	888 -	889 -	890 -	891 -
892 -	893 -	894 -	895 -	896 -	897 -
898 -	899 -	900 -	901 -	902 -	903 -
904 -	905 -	906 -	907 -	908 -	909 -
910 -	911 -	912 -	913 -	914 -	915 -
916 -	917 -	918 -	919 -	920 -	921 -
922 -	923 -	924 -	925 -	926 -	927 -
928 -	929 -	930 -	931 -	932 -	933 -
934 -	935 -	936 -	937 -	938 -	939 -
940 -	941 -	942 -	943 -	944 -	945 -
946 -	947 -	948 -	949 -	950 -	951 -
952 -	953 -	954 -	955 -	956 -	957 -
958 -	959 -	960 -	961 -	962 -	963 -
964 -	965 -	966 -	967 -	968 -	969 -
970 -	971 -	972 -	973 -	974 -	975 -
976 -	977 -	978 -	979 -	980 -	981 -
982 -	983 -	984 -	985 -	986 -	987 -
988 -	989 -	990 -	991 -	992 -	993 -
994 -	995 -	996 -	997 -	998 -	999 -
1000 -	1001 -	1002 -	1003 -	1004 -	1005 -
1006 -	1007 -	1008 -	1009 -	1010 -	1011 -
1012 -	1013 -	1014 -	1015 -	1016 -	1017 -
1018 -	1019 -	1020 -	1021 -	1022 -	1023 -
1024 -	1025 -	1026 -	1027 -	1028 -	1029 -
1030 -	1031 -	1032 -	1033 -	1034 -	1035 -
1036 -	1037 -	1038 -	1039 -	1040 -	1041 -
1042 -	1043 -	1044 -	1045 -	1046 -	1047 -
1048 -	1049 -	1050 -	1051 -	1052 -	1053 -
1054 -	1055 -	1056 -	1057 -	1058 -	1059 -
1060 -	1061 -	1062 -	1063 -	1064 -	1065 -
1066 -	1067 -	1068 -	1069 -	1070 -	1071 -
1072 -	1073 -	1074 -	1075 -	1076 -	1077 -
1078 -	1079 -	1080 -	1081 -	1082 -	1083 -
1084 -	1085 -	1086 -	1087 -	1088 -	1089 -
1090 -	1091 -	1092 -	1093 -	1094 -	1095 -
1096 -	1097 -	1098 -	1099 -	1100 -	1101 -
1102 -	1103 -	1104 -	1105 -	1106 -	1107 -
1108 -	1109 -	1110 -	1111 -	1112 -	



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

2 - Nº Guia no Prestador 9849

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

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 367902	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MAYCON SCHULTZ	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 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 03/03/2023	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0

Dados do Contratado Exercitante

29 - Código na Operadora	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 - Qte.	43 - Via	44 - Têc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Prof.	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

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Serviço de Radiologia

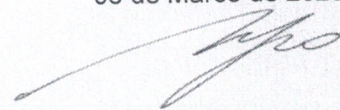
Atendimento.....: 1293134**Pedido.....:** 723752**Paciente.....:** MAYCON SCHULTZ**Convênio.....:** CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**Médico Sol.....:** LUISA SOUZA ZARSKE DE MELLO**Data do Exame.:** 03/03/2023

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Sinais de derrame articular.

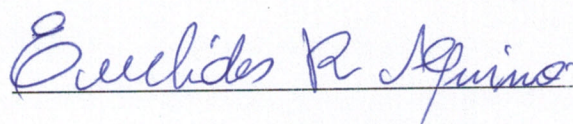
06 de Marco de 2023

Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.HERZ
03/03/2023 16:26:26

Atendimento: 1293134 Data do Atendimento: 03/03/2023
Prontuário: 992741 Nome: MAYCON SCHULTZ
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 28/01/2007
RG: CPF: 10244780927 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 36990356
Rua: AIDES ANGELO DE OLIVEIRA Numero 496 CEP: 83504060
Bairro: JARDIM ROMA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 367902
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: EUCLIDES RODRIGUES Parentesco: AMIGO (A)

- 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



HospitalXV

Paciente : MAYCON SCHULTZ 16 ANOS

Início da Triagem: 16:20:44.

Fim da Triagem: 16:22:29.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID JOELHO, MACHUCOU FAZENDO EDUCAÇÃO FISICA NA ESCOLA HOJE,

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 03/03/23.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1293134 **Prontuário:** 992741 **SAME:** 992741 **Hora Atend:** 16:21 **Data Atend:** 03/03/2023
Paciente..... : MAYCON SCHULTZ
Endereço..... : AIDES ANGELO DE OLIVEIRA
Bairro..... : JARDIM ROMA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARÉ
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
End. Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
Ends Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 03/03/2023 **Hora Saída :** 18:23
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

PACIENTE REFERE QUE JOELHO SAIU DO LUGAR EM AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA HOJE, AO GIRAR O CORPO. NEGA TRAUMA DIRETO LOCAL. REFERE TER VOLTADO ESPONTANEAMENTE. REFERE TER LEVANTADO E DEAMBULADO LOGO APÓS
FEZ COMPRESSA DE GELO LOCAL
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO

PELE ÍNTEGRA
AUSENCIA DE EQUIMOSE
EDEMA EM TOPOGRAFIA DE QUADRICEPS, DERRAME ARTICULAR
DOR A PALPAÇÃO EM TOPOGRAFIA DE QUADRICEPS
SEM GAP PALPAVEL
SEM DOR EM REGIÃO DE TENDÃO PATELAR
ADM LIMITADA PELA DOR E EDEMA, INCAPACIDADE DE FLETIR >20°
RX: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNÓSTICO

LUXAÇÃO PATELAR?
CONTUSÃO QUADRICEPS

DIAGNÓSTICO - HISTÓRICO

LUXAÇÃO PATELAR?
CONTUSÃO QUADRICEPS

TRATAMENTO

ESCLAREÇO PARA PACIENTE SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADA
ORIENTO COMPRESSA DE GELO LOCAL, USO DE MULETAS SE NECESSÁRIO, REPOUSO
ANES+ANALGESIA PARA CASA
REPOUSO ATIVIDADE FÍSICA
RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA COM ESPECIALISTA EM JOELHO PARA REAVALIAÇÃO

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1464568 DATA: 03/03/2023 16:44
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1293134 DT NASC: 28/01/2007 (16A 1M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 992741 - MAYCON SCHULTZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
HABILITAÇÃO.: 03/03/2023 16:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

USUÁRIO.....: LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
END. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
END.: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
FACIÓLOGO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1293134

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO
CRM: 48610