

Atendimento: 1268645 - MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ Lote: 1523327 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
Guia.....: 9382 Validade.:07/12/2022
Senha.....: 9382 Autoriz.:07/12/2022
Carteira.: 368289 Validade.: 31/12/2022 Titular....: MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ
: MARIA DE LOURDES KUDRI

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	62,36	0,00	0,00	0,00	0,00	62,36
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						127,36

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/12/2022	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
07/12/2022	40804070 PERNA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					62,36

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
07/12/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO RODRIGO GIULIANO SCUSSIAT - 20133 02614552909	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						127,36

1 - Registro AMS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora 9382
4 - Data de Autorização 07/12/2022	5 - Senha 9382		

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a FN
368289	31/12/2022	MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ		N

13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20133
		18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	07/12/2022	CONTUSAO PERNA E JOELHO HOJE NA ESCOLA DOR LOCAL

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic.	28 - Q1 Autoriz.
-------------	--	----------------	----------------	------------------

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
---	--	------------------------------------

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Nec.	45-Fator R/Acr	46-Valor	47-Valor Total
1	07/12/2022	11:34	11:34	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	65.00	65.00
2	07/12/2022	11:54	11:54	22	RX - PATELA	001			1.0	31.72	31.72
3	07/12/2022	11:54	11:54	22	RX - PERNÁ	001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(a) Exercentista(a)	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
Identificação do(a) Profissional(a) Exercentista(a)	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 do Procedimento em Série

1 - ____ / ____ / ____ 3 - ____ / ____ / ____

2 - ____ / ____ / ____ 4 - ____ / ____ / ____

5 - ____ / ____ / ____

6 - ____ / ____ / ____

7 - ____ / ____ / ____

8 - ____ / ____ / ____

9 - ____ / ____ / ____

10 - ____ / ____ / ____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)	127,36
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\$)	127,36
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Lucena Suarez de Queiroz
Nº da Carteirinha: 3.6.8289
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 14/06/2012

Nº da Guia: 9382

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/12/2022	10:16:00	Refeitório	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Escorregou em uma poça de água	Joelho Direito, Perna Direita

Descrição

Aluno estava brincando no horário do intervalo na mesa de pingue pongue, quando escorregou, caindo e batendo a região do joelho e canela direitos na quina da parede, região avermelhada, com escoriações e com bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	07/12/2022

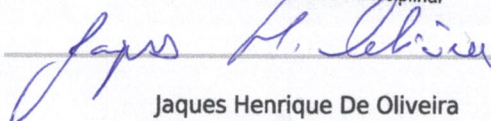
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Prestado os primeiros socorros na enfermaria escolar, aplicado gelo para inchaços e gelol para dor. Conversado com a mãe por telefone que se encontra ciente e vem o buscar para levar ao médico.

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Ass.:


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 1268645

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

8 - Número da Carteira
368289

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ

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

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
22

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
1 0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tfc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

49 - Set. Ref.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CNES
3005585

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 OPME (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



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

2 - Nº Guia no Prestador 1268645

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sema

6 - Data Validade da Sema

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

07/12/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

1

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

Dr. RODRIGO SCUSATO

Propriedade

CRM-20133

Impresso por: REBECA GOMES

Data/Hora: 07/12/2022 11:41:20

Contato:

Atendimento: 428845

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Atendimento.....: 1268645
708995

Paciente.....: MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Data do Exame.: 07/12/2022

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

13 de Dezembro de 2022



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1268645
708995

Paciente.....: MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO

Data do Exame.: 07/12/2022

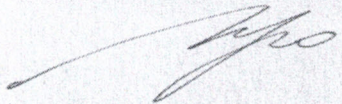
RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

13 de Dezembro de 2022


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOREBECA GOMES
07/12/2022 11:40:42

Atendimento: 1268645 Data do Atendimento: 07/12/2022
Prontuário: 988369 Nome: MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ
Sexo: MASCULINO Idade: 10 Data de Nascimento: 14/06/2012
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: MARIA DE LOURDES KUDRI

Bairro: BARREIRINHA

Cidade: CURITIBA

Numero 127

CEP: 82700050

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368289

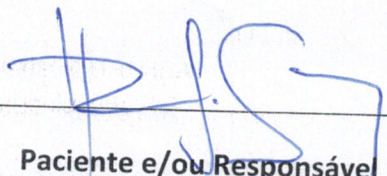
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ROSELAINE LUCENA SUAREZ

Parentesco: MAE

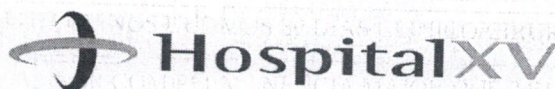
- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência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



Data

Prontuário: 988369

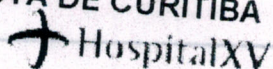
Atendimento: 1268645

MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ

Mãe: ROSELAINE LUCENA SUAREZ

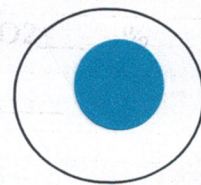
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nascimento: 14/06/2012



Início da Triagem:

Final da Triagem:



MOTIVO DO ATENDIMENTO

Batido de joelho / MIE na escada

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS []

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS:

MUCs:

SINAIS VITAIS:

PA : X mmHg FC 69 bpm FR 18 rpm Tax: 36.4°C SatO2 98 %

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 [] SIM ☒ JUSTIFICATIVA:

INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:

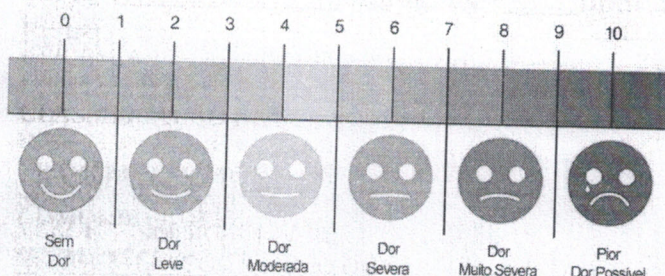
NÃO ☒ SIM [] LOCAL:

ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ 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:



Bernadete Santos
Karen Kleinberg

Assinatura e carimbo Enfermeiro

AC de Enf
caution

PRESCRIÇÃO.: 1437285 DATA: 07/12/2022 11:54
USUÁRIO....: RODRIGO.SCUSSIATO
ATENDIMENTO: 1268645 DT NASC: 14/06/2012 (10A 5M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 988369 - MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/12/2022 11:34 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RODRIGO GIULIANO SCUSSATO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:
CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do
Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (ESQUERDO)	1					
2 PERNA (ESQUERDA)	1					

Dr. RODRIGO SCUSSATO
Ortopedia
CRM 20.133

RODRIGO GIULIANO SCUSSATO
CRM: 20133

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1268645 **Prontuário:** 988369 **SAME:** 988369 **Hora Atend:** 11:34 **Data Atend:** 07/12/2022
Paciente..... : MIGUEL LUCENA SUAREZ DE QUEIROZ **Idade:** 10 a
Endereço..... : MARIA DE LOURDES KUDRI
Bairro..... : BARREIRINHA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82700050
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 07/12/2022 **Hora Saída :** 13:19
Prestador da Evolução Médica: 13 **RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO**

HDA

CONTUSAO PERNA E JOELHO HOJE NA ESCOLA
DOR LOCAL

EXAME FISICO

RX NORMAL
ELE ESCORIAÇÃO EM PERNA
TESTE SLIG JOELHO SP
SEM SINASI CLINICOS D EFRATURAS
RX SP

DIAGNOSTICO

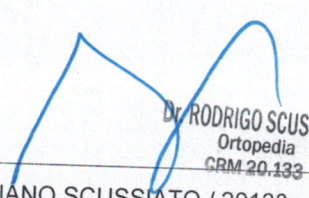
CONTUSAO JOELHO ESQ HJ

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO JOELHO ESQ HJ

TRATAMENTO

OIRENTAÇOE SGERASI P MAE
IBUPROFENO GTS
ORIENTO ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA. ORIENTO MEDIDAS NAO FARMACOLOGICAS.
ORIENTO SINAIS DE ALARME. VIGILANCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSARIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO DEMAIS
ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.


RODRIGO GIULIANO SCUSSIATO / 20133
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA