

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Monalisa Pereira Pampu  
**Nº da Carteirinha:** 2.33.5785  
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



**Data de Nascimento:** 25/02/2007

**Nº da Guia:** 5191

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/03/2022	08:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

**Descrição**  
A aluna estava em aula de educação física quando sentiu uma torção no joelho direito.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Stefani	11/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

**Observações**  
Ela foi encaminhada a sala de apoio onde fizemos compressa de gelo e passamos e gelol e a mãe avisada

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



**Diagnóstico  
Avançado  
Por Imagem**

Liga das Senhoras Católicas de Curitiba

**Dr. Ênio Rogacheski**  
DIRETOR TÉCNICO MÉDICO  
CRM PR 5190 - RQE 13905

**RELATÓRIO**

Nome do Paciente: <b>MONALISA PEREIRA PAMPU</b>		
Idade: <b>15Y</b>	Data do Exame: <b>13/03/2022</b>	Nº do Paciente: <b>0013034109</b>

A/C DR(A). FREDERICO BISHOP SCHERNER

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

Foram obtidas imagens sensíveis ao líquido (DP, STIR e T2) e ponderadas em T1 nos planos ortogonais.

**Grande derrame articular.**

**Heterogeneidade de sinais e indefinição de contornos do ligamento cruzado anterior.**

**Leve edema de planos adiposos ao redor dos ligamentos colaterais medial e lateral.**

**Imagem linear hiperintensa na região periférica do corpo e corno posterior do menisco medial com extensão para superfície articular inferior.**

**Áreas de edema / contusões ósseas no côndilo femoral lateral e platô tibial posterior.**

**Não há evidência de derrame articular.**

**As cartilagens hialinas de revestimento articular têm espessura e intensidade de sinal normais.**

**Menisco lateral íntegro.**

**Ligamento cruzado posterior preservado.**

**As demais estruturas ósseas analisadas têm aspecto normal.**

**Tendões patelar e quadricipital anatômicos.**

**Os músculos do segmento examinado têm aspecto normal. Fossa poplíteia livre.**

**OPINIÃO:**

**O estudo por ressonância magnética do joelho direito mostra:**

**Rotura completa do ligamento cruzado anterior.**

**Estiramento dos ligamentos colaterais medial e lateral.**

**Rotura vertical / oblíqua na região periférica do corpo e corno posterior do menisco medial.**

**Áreas de edema / contusões ósseas no côndilo femoral lateral e platô tibial posterior.**

**Grande derrame articular.**

- Dr. Agostinho Bertoldi
- Dr. André Francisco Gomes
- Dra. Andréa Maria Borges
- Dra. Andressa Braga Baiaik
- Anna Carolina M. de A. Bandeira
- Dra. Anna Luisa Aranha Nunes
- Dr. Arildo Correa Teixeira
- Dr. Arnolfo de Carvalho Neto
- Dr. Arthur Mauricio Vieira
- Dr. Bruno Rick Ogata
- Dr. Carlos Eduardo Del Valle
- Dra. Carolina Chomiski
- Dra. Christiane Sayuri Kawasaki
- Dr. Cristian Maio Hillesheim
- Dr. Cristian Saievicz de Moraes
- Dr. Daniel Dias da Silva Cavalheiro
- Dr. Danny Warszawiak
- Dr. Dante Luiz Escuissato
- Dra. Debora Brighente Bertholdo
- Dr. Eduardo Mendel Balbi Filho
- Dr. Ênio Rogacheski
- Dr. Enrique Antonio Vidal
- Dr. Erick Przybysz Pinto
- Dr. Fabiano Ferrari Lucaski
- Dr. Fabio Hideo Abe
- Dra. Fernanda Mota Felipe
- Dr. Francisco de Paula Feijó
- Dra. Gabriela de Melo Rocha
- Dra. Glauce Adeline B. R. Bubicz
- Dr. Graciliano José França
- Dr. Guilherme Augusto Bertoldi
- Dr. Gustavo Rengel dos Santos
- Dra. Isabella Souza Sitta
- Dra. Karla Bueno Abujamra Avila
- Dra. Lana Eduarda Trovo Zilotti
- Dra. Linei Augusta Dellè Urban
- Dr. Lucas Daniel Carstens
- Dr. Lucas Formighieri
- Dr. Luiz Otavio de Mattos Coelho
- Dra. Magda de Castro Vieira Tavares
- Dra. Maira Levorato Basso
- Dra. Maira Schievano Barros
- Dra. Manoela Falsoni
- Dr. Marcello Zapparoli
- Dr. Marcus Adriano Trippia
- Dr. Mateus Chissini Paganella
- Dr. Maurício Zapparoli
- Dra. Michele Souza Dantas da Silva
- Dr. Oscar Fernando G. Orozco
- Dr. Paulo Henrique Stahlke
- Dr. Paulo Sergio D. B. Stahlke
- Dra. Priscila Fernandes Iembo
- Dr. Rafael Artigas Faucez
- Raimundo Romildo da S. Pinheiro
- Dr. Rodrigo Aguiar
- Dr. Rodrigo Júlio Cerci
- Rosângela Maria Trovo Hidalgo
- Dr. Sandro Zaleski Salloum
- Dr. Sérgio Eiji Ono
- Dr. Sérgio Mazer
- Dr. Silvío Atsushi Ogata
- Dra. Simone Zandoná Rodrigues
- Dra. Tuízy de Freitas Guimarães
- Dr. Vinicius Bitencourt Ludwig
- Dr. Vinicius Chissini Paganella
- Dr. Vitor Lopes Galvão Vieira
- Dra. Viviane Carvalho Franceschi



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3.263.015

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código ONES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Valor Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/GPF

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 de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Frederico B. Schenker  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32637 - FEO 1338  
RQ 1338

Leos dos Santos

Leos dos Santos

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3263015

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (RS)

47 - Valor Total (RS)

48 - Seq. Ref

49 - Grau 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 de Procedimentos (RS)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

61 - Total de Materiais (RS)

62 - Total de OPME (RS)

63 - Total de Medicamentos (RS)

64 - Total de Gases Medicinais (RS)

65 - Total Geral (RS)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Frederico B. ...  
Cirurgião

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado



# ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

## Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Monalisa Pampu, portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_, sendo portador da afecção CID-10 M35.5.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de 30 - cento e oitenta dias - a partir de 10/23/22 a partir desta data. De

*Frederico B. Scherner*  
Dr. Frederico B. Scherner  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32687 - TEOT 13577  
RQE 18148

Frederico Bishop Scherner  
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril  
CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



Dr. Paulo José Scherner CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827  
Ortopedia e Traumatologia  
scherner@uol.com.br

Dr. Frederico Bishop Scherner CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148  
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril  
fredericoscherner@gmail.com  
/drfredericoscherner

Dra. Leila Roberta Crisigiovanni CRM-PR 27688 / RQE 19307  
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial  
draleilaortorino@gmail.com  
/draleilaortorino

Dr. Mateus Ruglio Rosa CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444  
Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo  
mateus.ruglio@gmail.com

Rua João Ângelo Condeiro, 794, Centro.  
São José dos Pinhais.  
CEP 83005-570.  
Telefone +55 41 3282-3824  
www.ortotraumadclinica.com.br



# ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

## Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Monalisa Pampu, portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_, sendo portador da afecção CID-10 M21.7.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de três dias a partir desta data. 10/23/22

Frederico Bishop Scherner  
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril  
CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



Dr. Paulo José Scherner CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827  
Ortopedia e Traumatologia  
scherner@uol.com.br

Dr. Frederico Bishop Scherner CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148  
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril  
fredericoscherner@gmail.com  
/drfredericoscherner

Dra. Leila Roberta Crisigiovanni CRM-PR 27688 / RQE 19307  
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial  
draleilaortorino@gmail.com  
/draleilaortorino

Dr. Mateus Ruglio Rosa CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444  
Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo  
mateus.ruglio@gmail.com

Rua João Ângelo Condeiro, 794, Centro.  
São José dos Pinhais.  
CEP 83005-570.  
Telefone +55 41 3282-3824  
www.ortotraumadclinica.com.br



# ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

## Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que \_\_\_\_\_ MONALISA PEREIRA PAMPUH \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_, sendo portador da afecção CID-10 m23.

Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborais por um período de seis dias 06 (\_\_\_\_\_) a partir desta data. 11/03/22

Frederico Bishop Scherner  
Cirurgia do Joelho e Cirurgia do Quadril  
CRM-PR 32687/ TEOT 13577/ RQE 18148

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o registro do CID-10 neste atestado médico.



Assinatura do paciente ou responsável



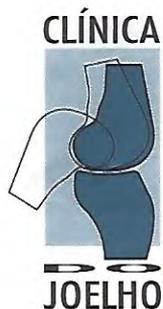
Rua João Ângelo Cordeiro, 794. Centro.  
São José dos Pinhais.  
CEP 83005-570.  
Telefone +55 41 3282-3824  
www.ortotraumaclinica.com.br

**Dr. Paulo José Scherner** CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827  
Ortopedia e Traumatologia  
scherner@uol.com.br

**Dr. Frederico Bishop Scherner** CRM-PR 32687/ TEOT 13577 / RQE 18148  
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril  
fredericoscherner@gmail.com  
Instagram: /drfredericoscherner Facebook: /DrFredericoScherner

**Dra. Leila Roberta Crisigiovanni** CRM-PR 27688 / RQE 19307  
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial  
draleilaotorrino@gmail.com  
Instagram: /draleilaotorrino Facebook: /DraLeilaOtorrino

**Dr. Mateus Rugilo Rosa** CRM-PR 30992 / TEOT 15288 / RQE 22444  
Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo  
mateus.rugilo@gmail.com



Avenida Getúlio Vargas, 3066 - Água Verde  
Fone: (41) 3026 - 5458  
CEP 80240-041 - Curitiba - Paraná  
e-mail: clinicadojoelho@clinicadojoelho.com.br  
📍 clinicadojoelhocuritiba  
📱 clinicadojoelhocuritiba  
☎ 9 9637-4949

*Angelo*

Dr. Edilson S. Thiele - CRM 9552  
Dr. Henrique A. Barros Carvalho - CRM 14217  
Dr. Jonathan B. Vidal - CRM 27277  
Dr. Frederico B. Scherner - CRM 32687  
Dr. Waldir A. Cunha Jr - CRM 13367  
Dr. Ricardo S. Falavinha - CRM 4829

## RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

• **A cirurgia será agendada após:**

- 1 - Fazer os exames de sangue em jejum.
- 2 - Liberar o procedimento junto ao convênio.
- 3 - Fazer avaliação clínica e/ou anestésica. A avaliação pré-anestésica deverá ser agendada pelo fone (41) **3315-1809** (Hospital Vita) ou (41) **3340-5500** (Artroclínica)
- 4 - Para uma melhor avaliação dos resultados, realizar o CYBEX - Avaliação Isocinética, que também será feito com 2 e 4 meses de pós-operatório. 3026-5458
- 5 - Hospital Union: 3075-7001

• **No Internamento:**

- Chegue no horário previamente agendado e apresente-se à recepção do hospital;
- Assine o termo de consentimento;
- Não se esqueça de levar os medicamentos que eventualmente esteja usando, assim como roupas e objetos de uso pessoal ( escova, pasta, chinelo, etc. );
- Leve também: **Todos seus exames ( Rx, Ressonância, exames de sangue, elétrico cardiograma);**  
01 par de meia elástica anti trombo 7/8; *180,00*  
01 par de muletas; *50,00*  
01 bolsa de gelo; *75,00*

• **Preparação para cirurgia:**

- O jejum é de no mínimo 8 horas. Não beba nem mesmo água durante este período, sob o risco de ter sua cirurgia cancelada;
- Retire esmalte e jóias;
- Aproximadamente 1 hora antes da cirurgia você receberá medicação pré-operatória que o deixará sonolento. Permaneça na cama;
- A cirurgia não tem horário fixo para começar, e sim um horário aproximado, podendo variar de acordo com o movimento cirúrgico do dia e a orientação do anestesista.
- Confirmar o joelho que será operado.

• **Após a cirurgia:**

- Você ficará em um local reservado ( ainda dentro do centro cirúrgico ) para a recuperação pós anestésica, até apresentar condições para retornar ao quarto.

- Será feito bolsa de gelo sobre o joelho e medicação

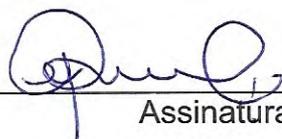
• **No momento da alta, em geral no dia seguinte:**

- Você será orientado sobre o início da fisioterapia. Receberá receita com medicação analgésica/antiinflamatória;
- Não mexa no curativo em casa. Ele será trocado no retorno;
- Os pontos serão retirados (em torno de 15 dias;)
- O paciente deve fazer as fisioterapias, usar as meias e medicamentos e comparecer a consultas de reavaliações mensais até 6 meses de P.O.

- **ATENÇÃO: O paciente deverá ir à clínica com até 48hrs. de antecedência para conferência e confirmação, caso contrário a cirurgia será cancelada.**

QUALQUER DÚVIDA ENTRE EM CONTATO COM A CLÍNICA DO JOELHO.

Cliente:

*A*   
Assinatura



Relatório



Entrada: 05/07/2022 08:23  
Prt: 000657131 - Leito: 22201  
Tipo Pac: Interno - CIRURGICO

Nome Civil: MONALISA PEREIRA PAMPU  
Nasc: 25/02/2007 - Idade: 15a4m9d - Sexo: F  
Mae: SUSANA APARECIDA DA CRUZ PAMPU  
Matric.: 074804365  
Conv.: AMIL/APARTAMENTO  
Medico: FREDERICO BISHOP SCHERNER

CIRURGIA PROPOSTA / DIAGNOSTICO

LESÃO LIGAMENTARES + RECONSTRUÇÃO LCA e TRANSDIPOSIÇÃO DE MAIS UM TENDÃO +reparo meniscal+  
TENOPLASTIA E SINOVECTOMIA PARCIAL + reconstrução lesão ligamentar periférica

CIRURGIA REALIZADA / DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

IDEM

DATA: 05/07/22 HORARIO INICIO: TERMINO:

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO: frederico scherner	
1º ASSISTENTE: henriqu carvalho	ANESTESISTA: marcelo
2º ASSISTENTE: marcio vidor	INSTRUMENTADOR: ADEMILSON
3º ASSISTENTE:	PERFUSIONISTA:

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1 - Paciente em decubito dorsal sob anestesia peridural  
 2 - Assepsia + colocacao de campos estereis + garrote pneumatico raiz da coxa direita  
 3 - Acesso medial de 2 cm na tibia proximal junto a TAT e exposição da inserção dos tendões flexores DO JOELHO direito e retirada do tendoes flexores  
 4 portais universais para artroscopia  
 5- Artroscopia instalada irrigação com ssi (9 L)+ capa e equipo 4 vias.  
 LCA- ruptura completa completo  
 MI- ruptura como posterior -realizado reparo meniscal com 2 kit de sutura fast fix curvo  
 ME-- sem lesão  
 LCP- sp  
 CARTILAGEM e SINOVIAL realizado sinovectomia- lesao condral fp e FTI realizada osteondroplastia com radiofrequencia.  
 6- Tratamento das lesoes intra articulares com uso de pinças, shaver partes moles e radiofrequencia  
 7- Confeção dos tuneis com auxilio dos guias femoral e tibial e broca .COLOCACAO DOS GUIAS TIBIAL E FEMORAL TIPO "Chambat" realizado tunel femoral amanho 8, CONFORME TECNICA .  
 7.1-PASSAGEM DOS TENDOES FLEXORES e E FIXACAO FEMORAL COM 1 PARAFUSO DE INTERFERENCIA - 8/25 no fermur  
 7.2 \_ TENSIONAMENTO DO ENXERTO NA REGIAO DISTAL E FIXACAO COM PARAFUSO DE INTERFERENCIA 9x25 na tibia  
 TESTADO LIGAMENTO - OK.  
 7.3- passagem do tendao flexor infra retinaculo.preparo do tunel com broca 7 em posição anatomica para reconstrução ligamentar periférica no joelho - ligamento antero lateral - fixacao em extensao entre o tuberculo de gerdi e cabeça da fibula . conforme tecnica Testado a estabilidade - ok parafuso 7x25 8- Sutura do tecido subcutaneo com vicryl 3.0 683(1) vicryl 2.0 166 (1)vicryl 0 352(1), e pele com monocryl 3.0 936 (2) e vicryl 1-341(2)mononylon 2.0 (1)+ infiltração de profunda co agulha de peri N 18 e subcutâneo com adrenalina 1:1000/ dexametasona/ ropivacaina 9- Curativo e enfaixamento com 3 ataduras de crepe

MATERIAIS - chumaco para curativo , zguilha de peri, azul de metileno , 4 ataduras de crepe e 2 ataduras de algodao + adrenalina + dexametasona + ropivacaina

OPME - Ponteira de shaver partes moles Radiofrequencia, capa de video 3 parafusos de interferencia + 2 kits de sutura meniscal

INTERCORRENCIAS

SIM  NÃO   
Descrição:

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

ANATOMIA PATOLÓGICA? SIM  NÃO

TIPO DE EXAME	Nº PEÇAS	TIPO(S) de PEÇA(S)
<input type="checkbox"/> BIÓPISIA DE CONGELAÇÃO		
<input type="checkbox"/> BIÓPISIA CONVENCIONAL		

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

INTENSIFICADOR DE IMAGEM  ANÁLISES CLÍNICAS  
 R X  OUTROS:  
 BANCO DE SANGUE

CIRURGIÃO

MEDICO FREDERICO SCHERNER  
 CRM 32.687  
 ASSINATURA / CARIMBO  
 Dr. Frederico Bishop Scherner  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Rua ...

PACIENTE	NASCIMENTO	IDADE	SEXO
NOME SOCIAL : NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU		25/02/2007	15 anos
REGISTRO DATA HORA	RG	CPF	RELIGIÃO
DA60367 05/07/202 08:23	139339002	10986481963	EVANGELICA

CONVÊNIO/PLANO	MATRÍCULA	VALIDADE	SENHA/GUIA
AMIL/APARTAMENTO	074804365	06/07/2022	000000000
TITULAR MONALISA PEREIRA PAMPU			

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	MÉDICO (NOME/ CRM)
M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESAO AN	FREDERICO BISHOP SCHERNE / 32687

NOME RESPONSÁVEL	RG	CPF
ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P	39880342	529.269.319-72
Outros Telefones: Celular: 41995983010 Recado: CHACARA		

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA CUIDADOS NA PREVENÇÃO DE QUEDA**

Quedas são eventos indesejáveis que podem ocorrer em Pacientes hospitalizados, causando desconforto tanto ao Paciente como aos familiares e profissionais que atuam prestando serviço hospitalar. Caso a queda ocorra, o tempo de internação do Paciente pode se estender. Os Pacientes que apresentam risco de queda deverão ser informados e esclarecidos pelos profissionais que prestam atendimento.

O Hospital VITA possui um protocolo para prevenção de quedas que tem como objetivo atuar junto a equipe multiprofissional, a fim de identificar os riscos de queda e implementar medidas de prevenção.

**O que é queda?**

Para a sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) a queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil.

**O que pode causar a queda do Paciente?**

- Urgências urinárias e intestinais;
- Fraqueza muscular;
- Uso de determinados medicamentos;
- Tontura;
- Confusão mental;
- Dificuldade visual;
- Dificuldade de marcha;
- Condições ambientais.
- Na criança: brincadeiras sem vigilância dos responsáveis, utilização dos carrinhos sem o cinto de segurança, correrem pelos corredores, brincar próximas as escadas e janelas.

**O que o Paciente e acompanhante pode fazer para prevenir a queda?**

- Seguir as recomendações da equipe multiprofissional sobre as medidas de prevenção de queda;
- Utilizar calçados com solado antiderrapante;
- Evitar o uso de vestuário longo;
- Manter a luz noturna acesa;
- Manter a cama baixa e as grades elevadas.

**Acompanhante**

- Não deixar o Paciente sozinho;
- Acionar o botão da campainha sempre que precisar de ajuda;
- Somente levantar o Paciente do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado;
- Solicitar auxílio da equipe para mobilização do Paciente no leito e/ou locomoção no quarto;
- Garantir a utilização pelo Paciente de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;
- O efeito do sedativo e/ou anestésico potencializa o risco de queda;
- Manter a área de circulação do Paciente livre de utensílios e móveis;
- Não deixar o Paciente sozinho durante o uso do banheiro ou durante o banho;
- Estar atento às brincadeiras da criança.

**Na ocorrência de quedas como proceder?**

Mesmo com a observação de todos os cuidados a queda pode ocorrer. Neste caso, comunicar imediatamente a equipe de enfermagem para que o Paciente seja avaliado.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Declaro, para os devidos fins, que foram dadas todas as orientações sobre as medidas preventivas para o paciente e seu risco de queda.

NOME (Identificação do profissional): \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_  
Declaro estar ciente da responsabilidade de adotar as orientações, visando à segurança do paciente, desde a admissão até o momento da alta hospitalar.

RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ PACIENTE \_\_\_\_\_  
NOME (legível) \_\_\_\_\_ NOME (legível) \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Diretoria do Corpo Clínico

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

PACIENTE	NASCIMENTO	IDADE	SEXO
NOME SOCIAL: NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU		25/02/2007	15 anos
REGISTRO DATA HORA	RG	CPF	RELIGIÃO
DA60367 05/07/2022 08:23	139339002	10986481963	EVANGELICA
TELEPHONE	CELULAR	CONVÊNIO/PLANO	
41996273476	41995983010	AMIL/APARTAMENTO	

Eu, MONALISA PEREIRA PAMPU autorizo a realização da(s) seguinte(s) cirurgia(s) e/ou procedimento(s) invasivo(s):  
LESCOES COMPLEXAS DE JOELHO (FRATU - TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUB-MENISCECTOMIA - UM MENISCO -

Indicado(s) pelo(a) Medico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, profissionais credenciados no Corpo Clínico do Hospital VITA Curitiba.

1. A proposta da cirurgia, procedimento, tratamento ou exame a que serei submetido(a), seus benefícios e riscos, suas complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

( ) Paciente Assinatura: \_\_\_\_\_

( ) Responsável Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Curitiba, 05/07/2022 . Hora: 08:23

**Espaço a ser preenchido pelo(a) Medico(a)**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Medico: \_\_\_\_\_

(Assinatura e Carimbo)

## REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE - NOME SOCIAL

PACIENTE - NOME LEGAL		NASCIMENTO		IDADE	SEXO
MONALISA PEREIRA PAMPU		25/02/2007		15 anos	Feminino
REGISTRO DATA	HORA	PROCEDÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO	
DA60367	05/07/2022	08:23		ATENDIMENTO DE URG	
RG	CPF	RESIDÊNCIA		RELIGIÃO	
139339002	10986481963	PROFISSÃO		EVANGELICA	
ENDEREÇO		BAIRRO			
RUA ANTONIO PULGAS CLAUDINHO 250		XAXIM			
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	CELULAR	
TIJUCAS DO SUL	PR	83190000	41996273476	41995983010	

CONVÊNIO/PLANO	MATRÍCULA	VALIDADE	SENHA/GUIA
AMIL/APARTAMENTO	074804365	06/07/2022	000000000
TITULAR	EMPRESA		
MONALISA PEREIRA PAMPU	HOSPITAL VIT		

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	MÉDICO (NOME/ CRM)
M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESAO AN	FREDERICO BISHOP SCHERNE / 32687

NOME RESPONSÁVEL	RG	CPF
ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P	39880342	529.269.319-72
ENDEREÇO	CIDADE	UF
ANTONIO PULGAS CLAUDINHO	TIJUCAS DO SUL	PR
Outros Telefones: Celular: 41995983010 Recado: CHACARA		

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

#### 1. DA AUTORIZAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

1.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara para os devidos fins, que o presente termo tem como objetivo autorizar a prestação de serviços hospitalares pela **SMA Empreendimentos e Participações S/A**, doravante designada simplesmente **HOSPITAL VITA**, a serem prestados para o paciente supra identificado, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, por outros serviços terceiros (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, etc.) sob a supervisão e indicação do médico responsável, identificado no respectivo pedido de internação e/ou registro de internação. Fica, portanto, o **HOSPITAL VITA** expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo referido médico responsável, ou por outro(s) profissional(is) da equipe médica referenciada, que venham participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do **PACIENTE**, até a sua alta hospitalar.

1.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que a prestação dos serviços estabelecida neste contrato é uma obrigação de meio, que independe do resultado dos serviços prestados.

1.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara aquiescência livre e clara de eventuais riscos e perigos decorrentes de tratamentos e/ou intervenções cirúrgicas a que o primeiro venha a se submeter, tendo sido esclarecido por um dos componentes da equipe médica.

1.4. Tratando-se de direito personalíssimo, apenas o próprio **PACIENTE** tem o direito de recusar algum item de seu tratamento ou procedimento, não sendo tal direito extensivo aos familiares ou responsáveis legais, desde que a decisão não implique em risco de vida ou compromisso significativo de sua evolução clínica. Tal pedido deve ser feito formalmente à equipe médica, que registrará em prontuário.

1.5. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** tem o dever e a responsabilidade de fornecer informações confiáveis, a fim de proporcionar uma avaliação adicional de seu estado de saúde, como antecedentes clínicos e cirúrgicos, hospitalização, uso de medicamentos e hábitos sociais. Nenhuma medicação além das prescritas devem ser utilizadas pelo **PACIENTE** durante a internação sem que haja autorização do médico responsável pelo atendimento e cumprimento da rotina de verificação.

1.6. Os médicos responsáveis pela internação e tratamento do **PACIENTE** são de livre escolha do **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL**, desde que o profissional seja devidamente cadastrado no corpo clínico da instituição.

1.7. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza o médico responsável a dar acesso ao prontuário do **PACIENTE** a outros profissionais de saúde, exclusivamente para auxílio no diagnóstico e respectivo tratamento.

1.8. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** pode receber informações verbais, instruções escritas ou folhetos que descrevam sua doença, procedimentos e tratamento. Caso haja qualquer dúvida, o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** deve esclarecer junto aos membros da equipe multiprofissional envolvidos na sua assistência.

#### 2. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

2.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara ter ciência de que, em caso de atendimento em caráter de emergência, seu tratamento se iniciará independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A do Decreto Lei nº 2.848/1940. A condição de emergência será definida por profissional da saúde devidamente habilitado. A formalização do presente instrumento é imprescindível e deverá ocorrer no primeiro momento possível, durante o período de atendimento, na medida em que o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** fica desde logo cientificado de que o **HOSPITAL VITA** é uma instituição particular, não vinculada ao Sistema Único de Saúde.

2.2. No caso de ocorrerem atendimentos de urgência/emergência, fica o **HOSPITAL VITA** autorizado a, na busca da preservação da vida do paciente, realizar exames, proceder a aquisição e implantação de próteses requisitadas pela equipe médica independentemente de qualquer autorização ou formalidade do **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** neste sentido.

2.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara ter ciência de que procedimentos cirúrgicos de amputação de membros deverão ser autorizados por escrito, após informação médica do caso, salvo nos casos em que não seja possível a autorização prévia (iminência de morte), hipótese em que será realizado o procedimento necessário para salvaguardar a vida do **PACIENTE**.

#### 3. DO INTERNAMENTO POR PLANO DE SAÚDE

3.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara ter ciência de que a internação não emergencial de PACIENTES que se apresentem como beneficiários de Planos de Saúde (seguro saúde, medicina em grupo, cooperativas médicas, empresas com planos de autogestão e outros, está condicionada à prévia autorização formal pelo respectivo Plano de Saúde, com indicação dos serviços, materiais, medicamentos, GPM, órteses, próteses e materiais especiais), e/ou procedimentos para os quais a autorização foi expedida, inclusive considerando a espécie de categoria/acomodação autorizada pelo Plano de Saúde.

3.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o HOSPITAL VITA não possui qualquer envolvimento na relação contratual ajustada entre aqueles e o Plano de Saúde, razão pela qual nenhuma responsabilidade será atribuída ao HOSPITAL VITA pela recusa ou falta de autorização do Plano de Saúde em relação à prestação de serviços, seja total ou parcial, cabendo exclusivamente ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a adoção de quaisquer medidas perante a operadora para a discussão de eventuais recusas ou glosas.

3.3. No caso de internação por intermédio de Plano de Saúde, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL responderá, mesmo após alta ou transferência do PACIENTE, como devedor solidário e principal pagador por eventuais despesas não cobertas pelo Plano de Saúde, credenciado no HOSPITAL VITA. As despesas decorrentes de serviços, procedimentos, insumos e outros que tenham sido alvo de negativa (recusas, exceções, limite contratual, Plano de Saúde não-regulamentado, procedimento não-regulamentado na ANS e outros) de pagamento pelo Plano de Saúde em face do HOSPITAL VITA serão considerados particulares e serão encaminhadas para pagamento do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL durante o internamento ou após a alta.

3.3.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que, em razão de procedimentos operacionais dos Planos de Saúde, o HOSPITAL VITA pode vir a ser cientificado sobre negativas (recusas, carência, limite contratual, Plano de Saúde não-regulamentado, procedimento não-regulamentado na ANS e outros), totais ou parciais, das despesas do internamento do PACIENTE após a data de sua alta ou do encerramento da prestação dos serviços.

3.3.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL fica ciente de que, nos casos de internamentos custeados por Planos de Saúde, a ausência de cobrança por parte do HOSPITAL VITA no momento da alta ou encerramento da prestação dos serviços não representa a outorga de quitação ou mesmo renúncia a qualquer crédito do HOSPITAL VITA. O HOSPITAL VITA fica à disposição para prestar ao PACIENTE/OU RESPONSÁVEL as informações que lhe são disponibilizadas acerca da tramitação do procedimento de liquidação das despesas do internamento/atendimento junto ao Plano de Saúde, sendo possível que, no momento da alta, o HOSPITAL VITA ainda não tenha recebido do Plano de Saúde a informação de que este arcará total ou parcialmente, ou recusará, total ou parcialmente, o pagamento das despesas.

3.4. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que, em caso de internação procedida por intermédio do Plano de Saúde, estará obrigado a cumprir as normas do Plano de Saúde em relação a acomodação, acompanhante e demais disposições. Optando o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL por acomodação superior ou quaisquer outros benefícios não previstos no seu contrato pactuado com o Plano de Saúde, compromete-se a pagar as diferenças de preços, honorários médicos e de outros profissionais, ou relativas a quaisquer outros serviços, devidas em razão dessa opção.

3.5. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que, conforme disposição do artigo 33 da Lei nº 9.656/1998, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo Plano de Saúde, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, se esta tiver disponível, sem ônus adicional. Declara desde já estar ciente de que, liberando a acomodação condizente com o contratado com o Plano de Saúde, haverá transferência de leito.

3.6. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a diária hospitalar vence às 12 horas (meio dia) de cada dia. Tendo o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até uma hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária. O Plano de Saúde se responsabiliza pela cobertura de seus associados em até uma hora a contar da alta médica, sendo que após tal período os consumos serão considerados particulares para título de cobrança.

3.7. O médico titular e outros especialistas envolvidos no tratamento poderão apresentar seus honorários separadamente das contas hospitalares. Nos casos em que os médicos são credenciados diretamente pelos Planos de Saúde, os acertos serão feitos diretamente entre o profissional e o Plano de Saúde, de acordo com tabelas previamente acordadas entre ambos.

#### 4. DO INTERNAMENTO PARTICULAR

4.1. O PACIENTE particular é definido como aquele que não possui Plano de Saúde ou como aquele que possui negativa de cobertura de seu atendimento hospitalar, seja esta total ou parcial, pelo Plano de Saúde.

4.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a condição de cliente particular se caracteriza a partir da internação e assinatura de termo respectivo, bem como que as contas hospitalares deverão ser totalmente liquidadas e quitadas no ato da alta ou transferência do PACIENTE, ficando estabelecido ser este o termo da obrigação que, descumprida, ensejará a caracterização de mora, nos termos do artigo 397 do Código Civil. Declara também estar ciente de que, no ato da internação do paciente em caráter particular (ativo ou seja, não emergencial), o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL efetuará pagamento inicial, de acordo com orçamento.

4.3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que os serviços correlatos de apoio diagnóstico, em decorrência da prestação de serviços hospitalares, apresentarão os valores devidos separadamente da conta hospitalar, não se vinculando, em hipótese alguma, e os valores serem liquidados e quitados diretamente com cada serviço terceiro.

4.4. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara desde já estar ciente de que efetuará o pagamento de contas parciais, que serão emitidas pelo HOSPITAL VITA e apresentadas para pagamento, sempre que o paciente permanecer internado por período igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

4.5. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a diária hospitalar vence às 12 horas (meio dia) de cada dia. Tendo o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até uma hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária.

#### 5. DA COBRANÇA

5.1. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente que o HOSPITAL VITA efetua suas cobranças exclusivamente pela Tesouraria, somente com a apresentação da fatura, ou nota fiscal, ou recibo, e jamais fará as cobranças sem a apresentação dos referidos documentos. Em havendo qualquer situação divergente, deverá o PACIENTE/RESPONSÁVEL procurar diretamente a Tesouraria do HOSPITAL VITA.

5.1.1. A cada 48 horas serão apresentadas as contas parciais pela Tesouraria, mediante requisição de comparecimento do RESPONSÁVEL pelo internamento a aquele setor, devendo este quitar as despesas hospitalares.

5.1.2. As despesas totais serão apresentadas no ato da alta pela Tesouraria, mediante requisição de comparecimento do PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a aquele setor, devendo este quitar as despesas hospitalares. A negociação, nestes casos, será feita por telefone, e-mail ou pessoalmente na Tesouraria.

5.1.3. Em dias de feriados, finais de semana ou no período das 18h às 07h, a cobrança e quitação dos valores devidos serão efetuadas no primeiro dia útil subsequente à alta do PACIENTE.

5.2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assume perante o HOSPITAL VITA, para todos os efeitos legais e de direito, plena, total e irrevogável responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador pelas despesas de todos os serviços prestados e medicamentos fornecidos por este HOSPITAL VITA, ou por terceiros, necessários ao tratamento do PACIENTE identificado e conforme prescrição médica, conforme prescrição do artigo 275 do Código Civil, inclusive na condição de bastante fiador.

5.3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que a responsabilidade ora assumida é de prazo indeterminado, vigorando até o pagamento total e efetivo de todas as despesas porventura pendentes, considerando que, em caso de mora, o débito será reajustado pela

ANPD, acrescido de juros de 1% ao mês, incidentes sobre o valor principal corrigido.

5.4. Por ter pleno conhecimento de que o **HOSPITAL VITA** não é conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde, ou a qualquer outro órgão ou entidade pública, o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a solicitação de vaga para o **PACIENTE** junto à Central Metropolitana de Leitos Hospitalares - CMLH, bem como a sua transferência para hospital da rede pública com vaga disponível, ante a iminência de descumprimento de qualquer das obrigações ora assumidas. Não é responsabilidade do **HOSPITAL VITA** a busca pela vaga em outro estabelecimento, sendo responsável apenas pela sua solicitação junto à Central Metropolitana de Leitos Hospitalares - CMLH.

5.4.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que, em caso de solicitação de transferência para hospital credenciado ao SUS, o **PACIENTE** continuará sendo atendido pelo **HOSPITAL VITA** até a localização da vaga em serviço hospitalar diverso e efetiva transferência.

5.4.2. A solicitação de transferência para hospital vinculado ao SUS não dá ao **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** quitação dos valores referentes ao atendimento prestado no **HOSPITAL VITA**, não isentando o **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** pelo pagamento do consumo anterior à efetiva transferência.

5.5. Na impossibilidade de estar presente no momento da alta hospitalar, o **RESPONSÁVEL** e **OUTORGANTE** deste termo reconhece e responde por toda e qualquer obrigação existente e derivada do presente tratamento hospitalar do **PACIENTE** como se sua fosse, sem a necessidade de qualquer autorização específica futura, estando essa previamente aceita.

5.6. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** renuncia expressamente, neste ato, à faculdade de pedir exoneração da fiança e ao benefício de ordem previsto nos artigos 827, parágrafo único, 835, 837 e 838 e incisos do Código Civil e, ainda, ao artigo 130 e incisos do Código de Processo Civil.

## 6. DO PEDIDO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

6.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que, em caso de solicitação de cópia de prontuário do **PACIENTE**, estará sujeito a cobrança apenas do valor referente à cópia do arquivo, calculado com base na quantidade de páginas existentes, que será informado ao requisitante após apuração do volume pelo setor responsável do **HOSPITAL VITA**.

6.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que os prontuários e exames do **PACIENTE** apenas serão fornecidas pelo **HOSPITAL VITA** com o expresso consentimento do **PACIENTE** ou de seu representante legal, por escrito, a não ser que a determinação de emissão oriunda de Lei ou de solicitação judicial baseada em justa causa, conforme Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina, seja vedado o fornecimento do documento a terceiros.

6.3. Em caso de falecimento do **PACIENTE**, o seu prontuário poderá ser fornecido quando solicitado pelo cônjuge/companheiro sobrevivente e, sucessivamente, pelos sucessores legítimos em linha reta ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, conforme Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina.

6.4. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente da possibilidade de objeção à divulgação do prontuário médico do **PACIENTE**, caso este venha a falecer, devendo ser respeitada a sua vontade, nos moldes da Recomendação nº 03/2014 do Conselho Federal de Medicina.

## 7. DA PROTEÇÃO DE DADOS

7.1. O **HOSPITAL VITA** respeita estritamente a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). O tratamento de dados pessoais e sensíveis dar-se-á de acordo com as bases legais previstas na Lei nº 13.709/2018, respeitando a confidencialidade e o sigilo ético e profissional. O tratamento dos dados é limitado às atividades necessárias para o alcance das finalidades do serviço de saúde ou, quando for o caso, ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória, no exercício regular de direito, por determinação judicial ou por requisição da ANPD.

7.2. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a tratamento dados pessoais e de informações médicas a todos os profissionais envolvidos em seu tratamento, que possui as seguintes finalidades: científica, auditorias internas, auditorias obrigatórias legais, doenças de notificação no registro compulsório ou solicitadas por entidades governamentais, obrigação legal, verificação de contas e procedimentos realizados pelos Planos de Saúde.

7.3. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente que os Planos de Saúde pedem, para liberação do tratamento, acesso às informações contidas no prontuário do **PACIENTE**, razão pela qual **autoriza, desde já, o HOSPITAL VITA** a enviar cópia do prontuário do **PACIENTE** ao respectivo Plano de Saúde.

7.4. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** autoriza a utilização de filmes e fotografias, somente com a finalidade de documentar os tratamentos e procedimentos realizados, para fins evidenciais, educacionais e científicos ou quando solicitado pelo Plano de Saúde. A identidade do **PACIENTE** permanecerá anônima.

7.5. Os prontuários médicos do **PACIENTE**, juntamente com todos os documentos referentes ao atendimento, ficarão guardados pelo prazo de 25 anos, a contar do último atendimento, conforme disposto no art. 6º da Lei 13.787/2018. Após este período, o descarte será feito de acordo com o constante em Lei e em regulamentação interna.

## 8. DAS CONDIÇÕES GERAIS

8.1. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente e concordar que o **HOSPITAL VITA** não disponibiliza serviço de cofre. Assim, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL assume expressamente ser o responsável pela guarda de todos os bens e objetos trazidos para as dependências do HOSPITAL VITA, responsabilizando-se por NÃO DEIXAR quaisquer bens, objetos e valores desatendidos nas dependências do HOSPITAL VITA, na medida em que o HOSPITAL VITA não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences porventura deixados em seus aposentos, cabendo ao PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL realizar a guarda dos bens e pertences até término do atendimento.

8.2. O **HOSPITAL VITA** mantém política antitabagismo, para promover a saúde de todos os **PACIENTES**, visitantes e funcionários, bem como respeita a Lei 9.294/1996. Portanto, não é permitido fumar nas dependências do Hospital.

8.3. A alimentação do **PACIENTE** é disponibilizada no quarto, nos seguintes horários: Desjejum: a partir das 8h; Almoço: a partir das 12h; Lanche: a partir das 15h; Jantar e Ceia: a partir das 18h.

8.4. Para o Plano de Saúde que possuir cobertura para alimentação do acompanhante, esta será realizada no restaurante, nos seguintes horários: Café da manhã: 7h às 9h30; Almoço: 11h às 14h; Jantar: 19h às 21h, mediante apresentação do crachá de acompanhante. Em casos de acompanhantes de idosos (acima de 60 anos), dependentes e/ou crianças (até 18 anos), cuja alimentação do acompanhante é coberta pelo Plano de Saúde, a refeição poderá ser servida no quarto nos seguintes horários: Café da manhã: 8h às 9h30; Almoço: 12h30 às 14h; Jantar: 19h30 às 21h. Nestes casos avisar o restaurante com antecedência.

8.5. Para acomodações em Apartamentos, o **HOSPITAL VITA** disponibiliza um aparelho de controle-remoto universal (para TV e ar condicionado), sendo que no momento da alta do **PACIENTE** o mesmo deverá ser entregue na Recepção Central.

8.6. Todas as ligações telefônicas serão tarifadas de acordo com os valores disponíveis para consulta na Recepção Central. No momento da alta, caso tenham sido realizadas ligações telefônicas, será realizada cobrança juntamente com as demais despesas eventualmente incorridas durante o período de internação.

8.7. O **PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL** declara estar ciente de que não é autorizada a entrada de flores naturais e alimentos nas dependências do **HOSPITAL VITA**.

8.8. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara estar ciente de que o HOSPITAL VITA não solicita ou repassa informações de PACIENTES, responsáveis ou familiares por telefone ou e-mail.

8.9. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara, para devido fins, estar ciente de que, após sua realização, os exames e testes feitos pelo PACIENTE estarão à disposição na sede do HOSPITAL VITA para serem retirados no período de 60 (sessenta) dias. Após este prazo, se não retirados, poderão os referidos exames ser destruídos, pelo que se dá expressa autorização para tanto.

8.10. Os pertences dos PACIENTES E/OU RESPONSÁVEIS, que tenham sido esquecidos no HOSPITAL VITA, deverão ser retirados em até 48h após a comunicação do ocorrido pelo SAC da instituição, estando cientes que, após decorrido o prazo sem a devida retirada, os pertences serão descartados.

#### 9. DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Curitiba, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes das responsabilidades aqui assumidas, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por assim ter pleno conhecimento de seus termos, firma-se o presente em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas instrumentárias, abaixo assinadas.

CURITIBA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P  
Declaração de parentesco ( ) Parente. Grau: \_\_\_\_\_  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

Não sendo apresentado outro responsável até a data do fechamento integral ou parcial da conta, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara-se ciente da responsabilidade sobre os custos financeiros desta internação, bem como declara-se devedor solidário da obrigação de pagamento da conta hospitalar gerada em razão dos serviços hospitalares ora contratados.

O HOSPITAL VITA ressalta não fazer pedido de adiantamento de valores para a realização de exames ou procedimentos por telefone ou e-mail durante a internação do PACIENTE, bem como não repassa informações pessoais sobre os PACIENTES, responsáveis ou familiares por estes meios. Toda e qualquer cobrança será feita exclusivamente através da Tesouraria do HOSPITAL VITA nos moldes expostos no item 5.1. Qualquer dúvida deve ser esclarecida na Tesouraria.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

NOME: ANSUSANA APARECIDA PEREIRA P

NOME SOCIAL:  
NOME CIVIL : MONALISA PEREIRA PAMPU

ASSINATURA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

NOME (legível) \_\_\_\_\_

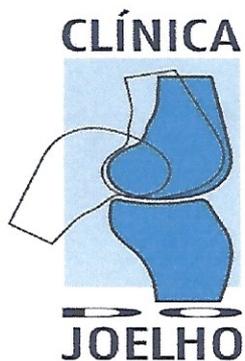
NOME (legível) \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_



## TRAUMATOLOGIA ESPORTIVA

ARTROSCOPIA  
CLÍNICA DO JOELHO  
CIRURGIA DO PÉ E TORNOZELO  
CIRURGIA DO OMBRO E MÃO

### Atestado Médico

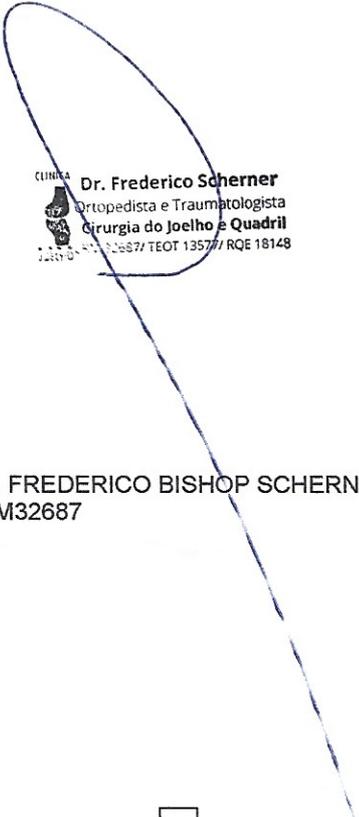
Atesto para devidos fins que :

**MONALISA PEREIRA PAMPU**

não podera exercer atividades normais, por um período de **15 ( Quinze )**

dia(s), por motivos médicos.

C.I.D. : **M23.5**

  
CLÍNICA  
**Dr. Frederico Scherner**  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Joelho e Quadril  
CRM 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148

Médico: **DR. FREDERICO BISHOP SCHERNER**  
CRM32687

terça-feira, 5 de julho de 2022



Dr. Edilson Thile  
CRM 9552



Dr. Henrique Carvalho  
CRM 14217



Dr. Waldir Cunha Jr  
CRM 13367



Dr. Ricardo S. Falavinha  
CRM 4829

REDE  
REDE  
REDE



VIA CLIENTE

ATIVIA ORTOPEDIC CNPJ:09.015.796/0001-00  
R IZABEL A REDETOPA 18 JOSE DOS PINHAIS

TOTAL: R\$ 170,00

CREDITO A VISTA  
VISA \*\*\*\*\*5837

06/07/22 - 14H27 (C)  
Auto:012661 Tern:FC300158





A & A ORTOPEDICA LTDA  
Fone: (41) 3035-1470  
Rua Izabel a Redentora, N°: 1854  
83005010 - São José dos Pinhais, PR  
CNPJ: 09.015.706/0001-00, 9059079643  
Loja: MATRIZ - SJP

## Ordem de serviço N° 976

### Cliente

SUSANA APARECIDA PEREIRA PAMPU 52926931972  83190000 - Tijucas do Sul, PR Fone: (41) 3629-1752, (41) 99627-3476	<b>Número da OS</b>	976	<b>Data de entrada</b>	06/07/2022	<b>Hora Início</b>	00:00:00
	<b>Data prevista</b>	05/08/2022	<b>Data de conclusão</b>	05/08/2022	<b>Hora de Término</b>	00:00:00

### Equipamento

### Número de série do equipamento

### Problema

### Serviços

Descrição	Código	Horas	Preço	Valor total	Orçar
ALUGUEL DE MULETA AXILAR REGULÁVEL ALUMINIO - MENSAL	Os2	1	60,000000	60,000000	Não

### Peças

Descrição	Código	Quantidade	UN	Preço un	Valor total
MULETA AXILAR D7 M DELLAMED PAR	106942	1,000000	PA	170,000000	170,00

### Observações internas

### Observações do recebimento

### Observações do Serviço

### Informações do Técnico

### Técnico(s):

Vendedor: MAURI W JUNIOR

Concordo com os termos descritos acima.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável



CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS -  
 CNPJ: 84.683.481/0155-22  
 RUA AV DE NOVEEMBRO, 1945, CENTRO, SAO JOSE  
 DOS PINHAIS, PR - Fone: (41) 3634-1423

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

CODIGO	DESC	QTD	UN	VL UNIT	DESC	TOTAL	LIQUIDO
1000003073	DEXAMETASONA EMS C/10 CPR						
1	1MG GEN		UN	14,75	1,04	14,75	10,71
1000002470	LISADOR C/15 CPR 5+10+500M3						
3			UN	39,89	0,98	39,89	33,91
1000017175	NIVUX C/12 CPR 100+20MG						
3			UN	64,58	0,91	64,58	58,77
1000004323	FITA MICROPOROSA MISSNER						
1	2,5CMx4,5M		UN	3,99	0,00	3,99	3,99
1000017180003	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
2	BEIJINHO		UN	7,69	0,00	15,38	15,38
1000016675002	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
2	MORA/CHANT		UN	7,69	0,00	15,38	15,38
1000016675003	BARRA WHEY GREGO BAR 40 SR						
2	MOUSSE MARACUJA		UN	7,69	0,00	15,38	15,38

QTD TOTAL DE ITENS: 7  
**VALOR TOTAL R\$ 169,35**  
 DESCONTO TOTAL R\$ 16,83  
 VALOR A PAGAR R\$ 153,62  
 FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$  
 Cartão de Crédito 153,62  
 TROCO 0,00  
 Número: 000881198 Série: 1 Emissão 06/07/2022 14:46:57

Consulte pela Chave de Acesso em:  
<http://www.sped.fazenda.pr.gov.br/modulos/contendo/contendo.php?co=contendo=100>

4122 0784 6834 8101 6522 6600 1000 8811 9812 2671 4468  
 Protocolo de Autorização: 1412:09040:3216 - 06/07/2022 14:47:01

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 Total R\$ 17,22  
 CAIXA: 079204 CONTROLÉ: 4347 Operador: 168066 Vendedor: 168066

VOCE ECONOMIZOU: 16,83

FARMACIA PRECO POPULAR  
 CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS  
 RUA XV DE NOVEEMBRO  
 CENTRO - SAO JOSE DOS PINHAIS - PR

COMPROVANTE DE CREDITO OU DÉBITO

PAGSEGURO  
 VISA

CARTAO: 470598XXXXXX5037  
 1ª VIA CLIENTE DATA 06/07/22 14:46:54  
 AUTO: 047457  
 CV: 417750041

VENDA CREDITO  
 VALOR TOTAL: R\$153,62

AID: A0000000031010  
 ARQC: FC2D0FA501998A18  
 LABEL: VISA CREDITO

FARMACIA PRECO POPULAR  
 RUA QUINZE DE NOVEEMBRO 1945  
 SAO JOSE DOS - PR  
 CNPJ: 84.683.481/0155-22



Para: MONALISA PEREIRA PAMPU

Uso Oral

1 – Lisador----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas por 14 dias

2 – Nivux 100/20----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias

3 – Dexametasona 4mg— 1 caixa

Tomar 1 comprimido pela manhã por 5 dias

\*Manter curativo fechado por 24 horas, após proteger ferida com micropore ou band-aid

\*NÃO molhar, n o banho cobrir joelho com plástico filme

\*Gelo: 20 minutos 3-4 vezes ao dia

\*Retorno na Clínica Ortotrauma dia 15/07/22 – ligar para agendar consulta 3282-3824. Retorno antes se necessário

EDILSON SCHWABER  
 ORTÓDICO  
 CRM 5622

HENRIQUE A. B.  
 ORTÓDICO  
 CRM 1437

FREDERICO SCHERNER  
 CRM 3067

JONATHAN S. VIDAL  
 CRM 2377

CRISTIANO ANTONIO  
 BRASSI  
 CRM 2379

FRANCISCO ALVES DE  
 ARAÚJO JUNIOR  
 CRM 2892

LEILA ROBERTA  
 CRISÓSTOVANI  
 CRM 2788

RICARDO S.  
 FALAVINHA  
 CRM 4839

BERSIO KOWALSKI  
 CRM 1773

WALDIR ALVES DA  
 COSTA JUNIOR  
 CRM 1067

05/07/22

11:30  
 Dr. Frederico Scherner  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Cirurgião de Joelho e Tornozelo  
 Rua Celso Bastri, 1107 - Jardim Nova Terra, 13114-9

■ ENDEREÇO:

Avenida Getúlio Vargas, 3065 - Água Verde  
 CEP. 80240-041 - Curitiba - Paraná  
 +55 41 3026-5458 • (51) 41 99686-6847 • [clinicadojoelho@clinicadojoelho.com.br](mailto:clinicadojoelho@clinicadojoelho.com.br)

■ ACESSE NOSSO SITE

Pelo QR Code ao lado





# ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADE MÉDICA

Para: Monsalisa Pampu

Uso Oral

1 - Toragesic-----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias, via sublingual

\*Gelo: 20 minutos 3-4 vezes ao dia

16/3/22

Dr. Frederico B. Scherner  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32687 - TEOT 13577  
RQE 18148



**Dr. Paulo José Scherner** CRM-PR 7165 / TEOT 4060 / RQE 827  
Ortopedia e Traumatologia  
scherner@uol.com.br

**Dr. Frederico Bishop Scherner** CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 18148  
Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril  
fredericoscherner@gmail.com

 @fredericoscherner  /DrFredericoScherner

**Dra. Leila Roberta Crisigiovanni** CRM-PR 27686 / RQE 19307  
Otorrinolaringologia e Harmonização Facial  
draleilaotorrino@gmail.com

 @draleilaotorrino  /DraLeilaOtorrino

**Dr. Mateus Ruglio Rosa** CRM-PR 30982 / TEOT 15288 / RQE 23444  
Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo  
mateus.ruglio@gmail.com

Rua João Ângelo Cordeiro, 794, Centro,  
São José dos Pinhais,  
CEP 83005-570,  
Telefone +55 41 3282-3824  
www.ortotraumaclinica.com.br



# ORTOTRAUMA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Para: MONALISA PEREIRA PAMPU

Uso Oral

1 - Nivux 100/20 -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias

\*Gelo: 20 minutos 3-4 vezes ao dia

11/03/22.

Dr. Frederico B. Scherner  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 10348  
FONE 32444



**Dr. Paulo José Scherner** CRM-PR 7185 / TEOT 4060 / RQE 827  
**Ortopedia e Traumatologia**  
scherner@uol.com.br

**Dr. Frederico Bishop Scherner** CRM-PR 32687 / TEOT 13577 / RQE 10348  
**Ortopedia e Traumatologia - Cirurgia do Joelho e do Quadril**  
fredericoscherner@gmail.com

 /drfredericoscherner  /DrFredericoScherner

**Dra. Lella Roberta Crisigiovanni** CRM-PR 27688 / RQE 10307  
**Otorrinolaringologia e Harmonização Facial**  
dralellaotorrino@gmail.com

 /dralellaotorrino  /DraLellaOtonino

**Dr. Mateus Rugilo Rosa** CRM-PR 30892 / TEOT 15288 / RQE 22444  
**Ortopedia e traumatologia - Cirurgia do ombro e cotovelo**  
mateus.rugilo@gmail.com

Rua João Angelo Cordeiro, 794, Centro,  
São José dos Pinhais,  
CEP 83005-570.  
Telefone +55 41 3282-3824  
www.ortotraumaclinica.com.br



# ORTOTRAUMA

www.ortotraumaclinica.com.br

NOSSAS REDES  
SOCIAIS



@ortotraumaclinica

Desde 1987 oferecemos  
o que há de melhor  
em ortopedia,  
traumatologia,  
otomotoaudiologia,  
harmonização facial,  
ginecologia, obstetrícia  
e colposcopia.

Para: MONALISA PEREIRA PAMPU

05/08-19/08 – uma muleta

## EQUIPE MÉDICA:

**Dr. Paulo José  
Scherer**  
Ortopedia e  
traumatologia  
CRM-PR 7165

**Dr. Frederico Bishop  
Scherer**  
Cirurgia do joelho e  
quadril  
CRM-PR 32667

**Dr. Mateus Ruglio Rosa**  
Cirurgia do ombro e  
cotovelo  
CRM-PR 30992

**Dr. Leila Roberta  
Crisigiovanni**  
Otorrinolaringologia e  
harmonização facial  
CRM-PR 27668

**Dr. Vitória Bishop  
Scherer**  
Ginecologia, obstetrícia  
e colposcopia  
CRM-PR 38436

## ENDEREÇO:

Rua João Angelo Cordeiro, 794. Centro - São José das Pinhais - CEP 83005-570.  
+55 41 3282-3824 • 41 99119-3824

## ACESSE NOSSO SITE

Pelo QR Code ao lado

