

Atendimento: 1325874 - SARAH SODRE VISLOSKI Lote: 1613058 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: SARAH SODRE VISLOSKI
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
Guia.....: 11848 Validade.:14/06/2023
Senha.....: 11848 Autoriz.:14/06/2023
Carteira...: 278153 Validade.: 12/12/2023 Titular...: SARAH SODRE VISLOSKI
: GUILHERME CEOLIN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	31,72	0,00	0,00	0,00	0,00	31,72
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						96,72

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2023	40804062 PATELA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	31,7200	31,72
Total :					31,72

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
14/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO ANA LUISA GARCIA DE PAULA - 37031 04894528924	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 11848

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 14/06/2023	5 - Série 11848	6 - Data de Validade da Sanha 11848	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11848									
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira 278153	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome SARAH SODRE VISLOSKI	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							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				15 - Nome do Profissional Solicitante ANA LUISA GARCIA DE PAULA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 37031	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2				22 - Data da Solicitação 14/06/2023	23 - Indicação Clínica Paciente refere hx de instabilidade patelar D ha +/- 5 anos, com 4 episódios - ja com RNM. Hoje novamente saiu do lugar,							
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial				26 - Descrição								
Dados do Contratado												
29 - Código na Operadora 76530518000107				30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA				31 - Código CNES 3005585				
Dados do Atendimento												
32 - Tipo Atendimento 04				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados de Encaminhamento / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total												
1 14/06/2023 15:35 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00												
2 14/06/2023 15:58 22 40804062 RX - PATELA 001 1.0 31.72 31.72												
Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)												
48 - Sq. 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 Sanha 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /												
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /												
58 - Observação / Justificativa												
59 - Total de Procedimentos (R\$) 96.72 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\$) 96.72												
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável												
68 - Assinatura do Contratado												

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sarah Sodré Visloski
Nº da Carteirinha: 2.78.153
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 07/09/2008

Nº da Guia: 11848

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2023	13:25:00	Escada	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava chegando no colégio quando uma colega tocou em joelho por traz , tirando seu joelho do lugar .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafael	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabio Coordenador	14/06/2023

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

A aluna foi atendida pela monitora Vanessa que fez o primeiro atendimento , foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para hospital de referência

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Gleice 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11848

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

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SARAH SODRE VISLOSKI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PR 67031 / RCDT 18926

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

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

Dados do Contratado Excedente

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença
relacionados

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados de 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(a) Profissional(a) Excedente(a)

48 - Seq. Ref.

49 - G. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 - 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 -

59 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIUE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gera (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: VINICIUS HARAI

Data/Hora: 14/06/2023 15:35:19

Contalote:

Atendimento: 1325874

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

Atendimento.....: 1325874

Pedido.....: 743860

Paciente.....: SARAH SODRE VISLOSKI

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA

Data do Exame.: 14/06/2023

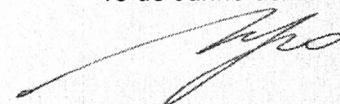
RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

18 de Junho de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
14/06/2023 15:34:52

Atendimento: 1325874 Data do Atendimento: 14/06/2023
Prontuário: 998721 Nome: SARAH SODRE VISLOSKI
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 07/09/2008
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 963 CEP: 83321220
Rua: GUILHERME CEOLIN UF: PR
Bairro: NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS Cidade: PINHAIS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278153
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: Parentesco:

- 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 : SARAH SODRÉ VISLOSKI 14 ANOS

Início da Triagem: 15:27:24.

Fim da Triagem: 15:32:32.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR E EDEMA EM JOELHO DIREITO APÓS MOVIMENTO EM VALSO HOJE POR VOLTA DAS 13:15.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: 115/78 mmHg

FC: 86bpm

FR: rpm

Tax: 36,9°C

SatO2: 99%

ECG: Dor:

Data: 14/06/2023.

ENFº FILIPE F. LOPES

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1325874 **Prontuário:** 998721 **SAME:** 998721 **Hora Atend:** 15:35 **Data Atend:** 14/06/2023
Paciente..... : SARAH SODRE VISLOSKI
Endereço..... : GUILHERME CEOLIN
Bairro..... : NUCLEO COLONIAL DE PINHAIS
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M222 - TRANSTORNOS FEMUROPATELARES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/06/2023 **Hora Saída :** 17:01

Prestador da Evolução Médica: 1282 **ANA LUISA GARCIA DE PAULA**

HDA

Paciente refere hx de instabilidade patelar D há +/- 5 anos, com 4 episódios - já com RNM ;Hoje novamente saiu do lugar,

EXAME FISICO

Teste da apreensão +
Sem aumento de volume, Sem crepitação
Sem instabilidade patelar
Raio-x sem sinais de lesão óssea aguda

DIAGNOSTICO

Instabilidade femuropatelar

DIAGNOSTICO - HISTORICO

Instabilidade femuropatelar

TRATAMENTO

Maxsulid+ Lisador dip
Consulta com ortopediatra
Atestado a mãe de presença; atestado atv física 10 dias para filha
Orientações sobre lesão, tratamento e sinais de alarme; paciente compreende
Retorno no pronto atendimento se necessario

Dra. Ana Luisa G. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 37031 / TEOR 18926

ANA LUISA GARCIA DE PAULA / 37031
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1503062 DATA: 14/06/2023 15:58
USUÁRIO.....: ANA.GARCIA
ATENDIMENTO: 1325874 DT NASC: 07/09/2008 (14A 9M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 998721 - SARAH SODRE VISLOSKI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/06/2023 15:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANA LUISA GARCIA DE PAULA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M222 TRANSTORNOS FEMUROPATELARES CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1325874

EXAMES DE IMAGEM

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

AL

ANA LUISA GARCIA DE PAULA
CRM: 37031