

Atendimento: 1359205 - SOFIA CRISTINY DOS SANTOS Lote: 1665390 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: SOFIA CRISTINY DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
Guia.....: 13671 Validade.:29/09/2023
Senha.....: 13671 Autoriz.:29/09/2023
Carteira.: 278778 Validade.: 30/12/2023 Titular...: SOFIA CRISTINY DOS SANTOS
: AZULAO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						95,64

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
Total :					30,64

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
29/09/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO PEDRO ARTHUR SILVA MACHAD - 41500 01394734247	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador **13671**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
29/09/2023

5 - Senha

13671

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13671

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
278778

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SOFIA CRISTINY DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho
41500

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
29/09/2023

23 - Indicação Clínica
DOR EM JOELHO ESQUERDO, QUE INICIOU DURANTE JOGO DE FUTEBOL, APOS MOVIMENTO TORCIONAL.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

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

Dados do Contratado Excitante

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)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
1 29/09/2023 15:50 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 65.00 65.00
2 29/09/2023 16:40 22 40804054 RX - JOELHO RX - JOELHO 001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(s)

48-Sq. Ref. 49-Gt. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof 53-Número no conselho 54-UF 55-Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
95,64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de OPME (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

95,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia Cristiny dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.78.778
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 03/12/2010

Nº da Guia: 13671

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/09/2023	10:57:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluna estava em aula de educação física....

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Fábio	29/09/2023

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 estava jogando quando torceu o joelho , foi passado gelou no local , e foi ligado para os pais e ambos foram encaminhado para o hospital de referencia ...

Fábio Bittencourt Machado

Ass.:

Coord. Disciplinar

Fabio Bittencourt Machado

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Atendimento.....: 1359205

763673

Paciente.....: SOFIA CRISTINY DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

Data do Exame.: 29/09/2023

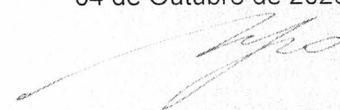
RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

04 de Outubro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOEDUARDA BOEING
29/09/2023 15:52:09

Atendimento: 1359205 Data do Atendimento: 29/09/2023
Prontuário: 1004333 Nome: SOFIA CRISTINY DOS SANTOS
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 03/10/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: AZULAO Numero 144 CEP: 83326330

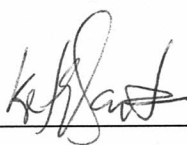
Bairro: JARDIM CLAUDIA Cidade: PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 278778

Médico: PLANTONISTA CRM: 0000

Responsável: KETHERIN KRISTINA DOS SANTOS 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



HospitalXV

Paciente : SOFIA CRISTINY DOS SANTOS 12 ANOS

Início da Triagem: 15:41:06.

Fim da Triagem: 15:42:21.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

RELATA DOR EM MIE JOELHO MACHUCOU HOJE NA ESCOLA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

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

Data: 29/09/2023.

ANDREIA.OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1359205 **Prontuário:** 1004333 **SAME:** 1004333 **Hora Atend:** 15:50 **Data Atend:** 29/09/2023
Paciente..... : SOFIA CRISTINY DOS SANTOS **Idade:** 12 a
Endereço..... : AZULAO
Bairro..... : JARDIM CLAUDIA
Cidade..... : PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 83326330
CID Principal..... : M238 - OUTROS TRANSTORNOS INTERNOS DO JOELHO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 29/09/2023 **Hora Saída :** 20:07

Prestador da Evolução Médica: 1573 **PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO**

HDA

DOR EM JOELHO ESQUERDO, QUE INICIOU DURANTE JOGO DE FUTEBOL, APÓS MOVIMENTO TORCIONAL.

EXAME FISICO

JOELHO ESQUERDO
SEM AUMENTO DE VOLUME, SEM DESVIO DE EIXOS, SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
DOR DIFUSA À PALPAÇÃO
ADM AMPLA E COM DOR
LACHMANN DURO
APARELHO EXTENSOR ÍNTEGRO
NV PRESERVADO EM MIE

DIAGNOSTICO

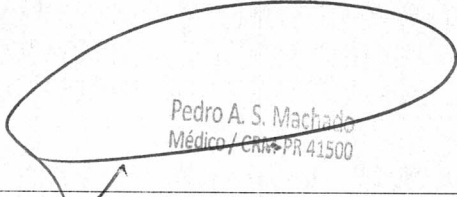
ENTORSE DO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DO JOELHO

TRATAMENTO

ORIENTO RESPONSÁVEL DO PACIENTE QUANTO AO QUADRO, O MESMO COMPREENDE INFORMAÇÕES
AINE + ANALGÉSICO PARA CASA
ORIENTO RETORNO COM ORTOPEDIATRA EM 1 SEMANA
ORIENTO CUIDADOS COM IMOBILIZAÇÃO
JOELHEIRA


Pedro A. S. Machado
Médico / CRM-PR 41500

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO / 41500
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1541503 DATA: 29/09/2023 16:39
USUÁRIO..... PEDRO.MACHADO
ATENDIMENTO: 1359205 DT NASC: 03/10/2010 (12A 11M 29D)
CONVÊNIO.... CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE.... 1004333 - SOFIA CRISTINY DOS SANTOS
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/09/2023 15:50 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO..... PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO... COBERTURA:
CID..... M238 OUTROS TRANSTORNOS INTERNOS DO JOELHO CICLO... 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1359205

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

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



PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO
CRM: 41500