

Atendimento: 1210804 - VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES Lote: 1433319 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES

Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Sub Plano.:

Medico/CRM: BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA / 40425

Guia.....: 6234 Validade.:18/05/2022

Senha.....: 6234 Autoriz.:18/05/2022

Carteira.: 000 Validade.: Titular...: VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES

: VOLUNTARIOS DA PATRIA

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

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

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/05/2022	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/05/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DE - 40425 05147698906						
CLINICO						
Total :						65,00

Total Geral: 95,64



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

2 - Nº Guia no Prestador 4010934

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sênha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sênha					
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 000				VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado					
13 - Código da Operadora 76530518000107		HOSPITAL XV LTDA					
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 40425		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica		COMORBIDADES;NEGA ALERGIAS; NEGA MUC; NEGA DUM;REFERE CICLO IRREGULARES EM ACOMPANHAMENTO, NE			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 18/05/2022		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição		30 - Nome do Contratado		42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
76530518000107		HOSPITAL XV LTDA		001 1.0 65.00 001 1.0 30.64			
1 18/05/2022 18:15 22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO					
2 18/05/2022 18:39 22 40804089		RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		50 - Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional		52-Conselho Prof		53-Número no Conselho	
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part				54-UF		55-Código CBO	
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)	
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -		95.64		0.00		0.00	
58 - Observação / Justificativa		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
		95.64		0.00		95.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Victoria de Oliveira Simões

Nº da Carteira: 2.11.4994

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 21/06/2004

Nº da Guia: 6234



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/05/2022	17:09:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna torceu o pé direito na aula de educação física, enquanto jogava vôlei.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Philippe Santhiago	(41) 3325-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Philippe Santhiago	18/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV Ltda	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000

Observações

Aluna foi atendida pelo professor e foi colocado gelo no local. Tornozelo inchou no ato da torção.

76.726.884/0053-59

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

RUA NILO PEÇANHA N.º 501
BOM RETIRO - CEP 80520-000

CURITIBA - PR

Ass.:

Leticia Vieira Pinto

Leticia Vieira
Gerente Financeiro
Colégio Adventista Bom Retiro

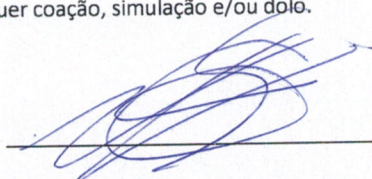
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSTHEPHANNY.SOUZA
18/05/2022 18:20:39

Atendimento: 1210804 Data do Atendimento: 18/05/2022
Prontuário: 978426 Nome: VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES
Sexo: FEMININO Idade: 17 Data de Nascimento: 21/06/2004
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: VOLUNTARIOS DA PATRIA Numero 368 CEP: 80020000
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: PARTICULAR ADVENTISTA Matricula:
Médico: BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA CRM: 40425
Responsável: NEUSA DO CARMO 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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1210804 **Prontuário:** 978426 **SAME:** 978426 **Hora Atend:** 18:15 **Data Atend:** 18/05/2022
Paciente..... : VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES **Idade:** 17 a
Endereço..... : VOLUNTARIOS DA PATRIA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 80020000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/05/2022 **Hora Saída :** 19:26
Prestador da Evolução Médica: 1817 **BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA**

HDA

COMORBIDADES: NEGA
ALERGIAS: NEGA
MUC: NEGA
DUM: REFERE CICLO IRREGULARES EM ACOMPANHAMENTO, NEGA RISCO DE GRAVIDEZ

#PACIENTE REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HOJE
REFERE DOR LEVE EM REGIAO DE MALEOLO LATERAL
SEM DOR EM OUTROS LOCAIS
NEGA QUALQUER OUTRA QUEIXA

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO SEM CLAUDICAÇÃO E SEM DOR
DOR A PALPAÇÃO PERIMALEOLAR LATERAL
SEM DOR EM BASE DE 5 MTT, OUTROS LOCAIS DE PÉ, FIBULA ALTA E PERNA EM MALEOLO MEDIAL
SEM SINAIS DE LESÃO DE TRICEPS SURAL, THOMPSON NEGATIVO PARA LESÃO
EDEMA MODERADO EM MALEOLO LATERAL
ADM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA,
TESTE DE GAVETA NEGATIVO

#RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÕES

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TORNOZELO

TRATAMENTO

#PRESCREVO FLANCOX E PARACETAMOL
ORIENTO COMPRESSA DE AGUA GELADA POR 3 DIAS
PRESCREVO ROBOFOOT
RETORNO EM 2 SEMANAS EM AMBULATORIO DO PÉ
ORIENTO SINAIS DE FRATURA OCULTA
ORIENTO TODOS SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO SE NECESSARIO OU PERSISTENCIA DOS
SINTOMAS OU NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALARME

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1210804 **Prontuário:** 978426 **SAME:** 978426
Paciente..... : VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES
Endereço..... : VOLUNTARIOS DA PATRIA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/05/2022

Hora Atend: 18:15 **Data Atend:** 18/05/2022
Idade: 17 a

UF...: PR **CEP:** 80020000
Plano...: UNICO

Hora Saída : 19:26

BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA / 40425
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1372729 DATA: 18/05/2022 18:38
USUÁRIO....: BRUNO.DELLAROSA
ATENDIMENTO: 1210804 DT NASC: 21/06/2004 (17A 10M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 978426 - VICTORIA DE OLIVEIRA SIMOES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/05/2022 18:15 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: SALA 3 ORTOPEDIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

2ª VIA

Rubrica do
Médico

1210804

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
Obs.: RX AP E PERFIL						

BRUNO ROBERTO KAJIMOTO DELLAROSA
CRM: 40425