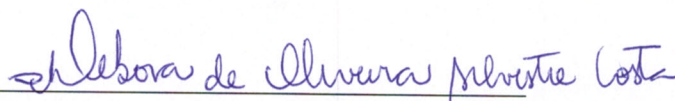


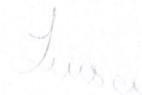
URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOR₂CINTYA.SILVA
01/11/2023 21:46:01

Atendimento: 1369644 Data do Atendimento: 01/11/2023
Prontuário: 1006093 Nome: VINICIUS SILVESTRE DA COSTA
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 22/01/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MARIA MAIA DUARTE Numero 46 CEP: 83331410
Bairro: VILA MARIA ANTONIETA Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781117
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DEBORA DE OLIVEIRA SILVESTRE DA COS 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



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinycius Silvestre da Costa
Nº da Carteirinha: 2.78.1117
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 22/01/2009

Nº da Guia: 14331

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/11/2023	09:54:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição
O aluno estava em aula de educação física .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ptof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ptof. Felipe	01/11/2023

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
Foi encaminhado para sala do coordenador para passar gelou , e foi entrado em contato os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referencia .

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 14331

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14331
4 - Data de Autorização 01/11/2023	5 - Senha 14331	10 - Nome VINICIUS SILVESTRE DA COSTA	12 - Atendimento a RV N

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2781117	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	-----------------------------------	--	---

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 0000	18 - UF 41	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTONISTA	22 - Data da Solicitação 01/11/2023	23 - Indicação Clínica	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.			

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
---	----------------------------------	--	----------------

Dados do Contratado Executante	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 1 01/11/2023 21:42 22	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde. 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
1 - 2 - 3 - 4 -	

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 65.00	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\$) 65.00
---------------------------------	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

PRESCRIÇÃO.: 1553431 DATA: 01/11/2023 22:13
USUÁRIO....: LUISA.MELLO
ATENDIMENTO: 1369644 DT NASC: 22/01/2009 (14A 9M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1006093 - VINYCIUS SILVESTRE DA COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 01/11/2023 21:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUISA SOUZA ZARKE DE MELLO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1369644**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					

LUISA SOUZA ZARKE DE MELLO
CRM: 48610

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1369644 **Prontuário:** 1006093 **SAME:** 1006093 **Hora Atend:** 21:42 **Data Atend:** 01/11/2023
Paciente..... : VINICIUS SILVESTRE DA COSTA **Idade:** 14 a
Endereço..... : MARIA MAIA DUARTE
Bairro..... : VILA MARIA ANTONIETA
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83331410
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 00:23
Data Saída..... : 02/11/2023
Prestador da Evolução Médica: 1755 LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO

HDA

ENTORSE TORNOZELO DIREITO EM JOGO DE FUTEBOL HOJE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO

TORNOZELO DIREITO
SEM DEFORMIDADES, PELE ÍNTEGRA
ADM RESTRITA POR DOR
SEM DOR À PALPAÇÃO DE CABEÇA E DIÁFISE DA FÍBULA E TÍBIA
DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO PERIMALEOLAR LATERAL
SEM DOR À PALPAÇÃO DE BASE DO 5º METATARSO
NV PRESERVADO EM MID
RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

DIAGNOSTICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

ANALGESIA
CRIOTERAPIA
ROBOFOOT
REPOUSO ATIVIDADE FÍSICA
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE QUADRO
SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Luisa S. Zarske de Mello
Médica
CRM/PR 48610

LUISA SOUZA ZARSKÉ DE MELLO / 48610
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

2 - Nº Guia no Prestador 14331

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
01/11/2023

5 - Senha
14331

6 - Data de Validade da Senha
14331

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14331

8 - Número da Carteira
2781117

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
VINICIUS SILVESTRE DA COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

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
PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. Luisa S. Zarske de Mello
Médica CRM/PR 48610

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

22 - Data da Solicitação
01/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição
9

27 - Tipo de Consulta
1

28 - Motivo de Encerramento do Atendimento

29 - Ql.Solic.
28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 01/11/2023 21:42 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / /
2 - / / 4 - / /

5 - / / 7 - / / 9 - / /
6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

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\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Adelara de Oliveira Mente Costa

Atendimento.....: 1369644
769722

Paciente.....: VINYCIUS SILVESTRE DA COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUISA SOUZA ZARKE DE MELLO

Data do Exame.: 01/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

07 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149