

Atendimento: 1260461 - VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN Lote: 1522114 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
Guia.....: 8952 Validade.:05/12/2022
Senha.....: 8952 Autoriz.:05/12/2022
Carteira.: 2375885 Validade.: 30/12/2024 Titular....: VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN
: ABIGAIL DE MELLO ZANETTI

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
08/11/2022	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
08/11/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO FABIO HENRIQUE GOMES DE F - 36483 04808561921	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						96,72

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 05/12/2022	5 - Sentinela 8952	6 - Data de Validade da Sentinela 8952	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 8952
---------------------------------------	-----------------------	---	--

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2375885	9 - Validade da Carteira 30/12/2024	10 - Nome VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN	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 FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 36483	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/12/2022	23 - Indicação Clínica PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI RELATA TRAUMA CONTUSO JOELHO DIREITO HA CERCA DE 2 HORAS
---	-----------------------------------	--	--

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição Item Assistencial	27 - Qi Solic. 28 - Qi Autoriz.
---	-------------------------------------	------------------------------------

Dados do Contrato / 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 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 08/11/2022 19:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 08/11/2022 20:31 22 40804062 RX - PATELA	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 65.00 001 1.0 31.72
---	---	--

Identificação do(a) Profissional(a) 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 do Procedimento em Série 1 - _ _ / _ _ / _ _ 2 - _ _ / _ _ / _ _	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - _ _ / _ _ / _ _ 4 - _ _ / _ _ / _ _	5 - _ _ / _ _ / _ _ 6 - _ _ / _ _ / _ _ 7 - _ _ / _ _ / _ _ 8 - _ _ / _ _ / _ _ 9 - _ _ / _ _ / _ _ 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 OPMs (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: Vitor Gabriel de Oliveira Schwinn

Nº da Carteirinha: 2.37.5885

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 20/10/2011

Nº da Guia: 8952



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2022	18:18:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Joelho Direito

Descrição
O aluno estava no pátio com os colegas jogando futmesa e ao devolver a bola ao adversário acertou o joelho na quina da mesa. O local está, sensível, dolorido, avermelhado e iniciando uma roxidão, o que não permite o aluno fixar o pé ao chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Camila	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mesma	08/11/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
O aluno foi atendido por uma das coordenadoras da unidade e encaminhado a unidade de saúde de referencia. A mãe do aluno foi contactada e solicitou ao pai para buscá-lo, que o encaminhará ao Hospital Conveniado.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

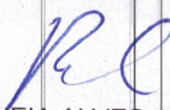
Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
LUCINEIA ALVES
08/11/2022 19:56:36

Atendimento: 1260461 Data do Atendimento: 08/11/2022
Prontuário: 986883 Nome: VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 20/10/2011
RG: 152252854 CPF: 10329344927 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996596889

Rua: ABIGAIL DE MELLO ZANETTI

Numero 100

CEP: 82920140

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: ~~COLEGIO DOM JESUS~~

Matricula: 2375885

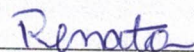
Médico: PLANTONISTA

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1260461 **Prontuário:** 986883 **SAME:** 986883 **Hora Atend:** 19:52 **Data Atend:** 08/11/2022
Paciente..... : VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN **Idade:** 11 a
Endereço..... : ABIGAIL DE MELLO ZANETTI
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82920140
Convênio..... : COLEGIO BOM JESUS **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/11/2022 **Hora Saída :** 23:47
Prestador da Evolução Médica: 1444 **FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI
RELATA TRAUMA CONTUSO JOELHO DIREITO HÁ CERCA DE 2 HORAS

EXAME FISICO

EDEMA DISCRETO REGIÃO ANTEROMEDIAL JOELHO DIREITO
ADM AMPLA COM DOR DISCRETA
NV PRESERVADO
PELE INTEGRAL
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSÃO JOELHO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSÃO JOELHO

TRATAMENTO

NIMESULIDA
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO AO PRONTO ATENDIMENTO SE SINAIS DE ALARME

Dr. Fábio H. G. de Freitas
MÉDICO
CRM 36483

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS / 36483
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1427922 DATA: 08/11/2022 20:31
USUÁRIO....: FABIO.FREITAS
ATENDIMENTO: 1260461 DT NASC: 20/10/2011 (11A OM 20D)
CONVÊNIO...: COLEGIO BOM JESUS
PACIENTE....: 986883 - VITOR GABRIEL DE OLIVEIRA SCHWINN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/11/2022 19:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do Médico

1260461

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P. LAT. E AXIAL (DIREITO)	1						
Obs.: AP + PERFIL + AXIAL DE PATELA							

Dr. Fábio H. G. de Freitas
MÉDICO
CRM 36483

FABIO HENRIQUE GOMES DE FREITAS
CRM: 36483