

Atendimento: 1234809 - YASSER AIUB SALOMAO Lote: 1470532 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: YASSER AIUB SALOMAO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
Guia.....: 1234809 Validade.:09/08/2022
Senha.....: 1234809 Autoriz.:09/08/2022
Carteira.: 2334184 Validade.: 31/12/2022 Titular...: YASSER AIUB SALOMAO
: ARLINDO FRANCEZ

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	79,66	0,00	0,00	0,00	0,00	79,66
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						144,66

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2022	40804054 JOELHO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	39,8320	79,66
Total :					79,66

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/08/2022	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
	EDUARDO PELLEGRINO DA ROC - 40975 08741597923	CLINICO				
				Total :		65,00

Total Geral: 144,66



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

2 - Nº Guia no Prestador 4158474

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data de Validade da Semia

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2334184

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

YASSER AIUB SALOMAO

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

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

40975

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

09/08/2022

23 - Indicação Clínica

DOR EM JOELHOS E OMBROS HA 2 SEMANAS SEM FATOR PRECEDENTE. NEGA TRAUMA ASSOCIADO. NEGA FEBRE E

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

ou 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

11

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

2

34 - Tipo de Consulta

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 09/08/2022 20:02 20:02 22 10101039 CONSULTA RX PRONTO SOCORRO

2 09/08/2022 20:13 20:13 22 40804054 RX - JOELHO

3 09/08/2022 20:13 20:13 22 40804054 RX - JOELHO

42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total

001 1.0 65.00 65.00

001 1.0 39.83 39.83

001 1.0 39.83 39.83

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 de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. ____/____/____ 3. ____/____/____ 5. ____/____/____ 7. ____/____/____ 9. ____/____/____

2. ____/____/____ 4. ____/____/____ 6. ____/____/____ 8. ____/____/____ 10. ____/____/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

144.66

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 Médicos (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

144.66

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yasser Aiub Salomão

Nº da Carteira: 2.33.4184

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 16/11/2006

Nº da Guia: 7165



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2022	10:53:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Esquerdo, Coxa Direita, Coxa Esquerda

Descrição
O aluno estava em aula de educação física quando tropeçou no pé do amigo vindo a cair no chão ele estava com bastante dor nas coxas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Daniele	09/08/2022

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

Observações
O aluno foi atendido na sala de apoio foi feito compressa de gelo e a mãe avisada .

Ass.:

Daniele Novaes Torino

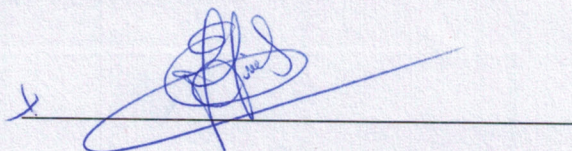
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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 ORTOPEDICOOZIEL.FERREIRA
09/08/2022 20:06:30

Atendimento: 1234809 Data do Atendimento: 09/08/2022
Prontuário: 982623 Nome: YASSER AIUB SALOMAO
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 16/11/2006
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: ARLINDO FRANCEZ Numero 146 CEP: 83020230
Bairro: BRAGA Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2334184
Médico: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI CRM: 40975
Responsável: EDILINA DE J AIUB 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

ETIQUETA DO PACIENTE

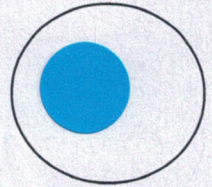
Yasser Averb Salomão

Início da Triagem:

19:50 h

Final da Triagem:

: h



MOTIVO DO ATENDIMENTO

OMN - trauma ombro esquerdo/direito
mip + mige

COMORBIDADES :

HAS [] CARDIOPATIA [] DISLIPIDEMIAS [] LIMITAÇÃO FÍSICA []
DM [] PNEUMONIA [] NEOPLASIAS [] DÇS PSIQUIÁTRICAS []
DÇ NEUROLÓGICA [] OUTRAS _____

ALERGIAS: NÃO ☒ SIM [] QUAIS: _____

MUCs: _____

SINAIS VITAIS:

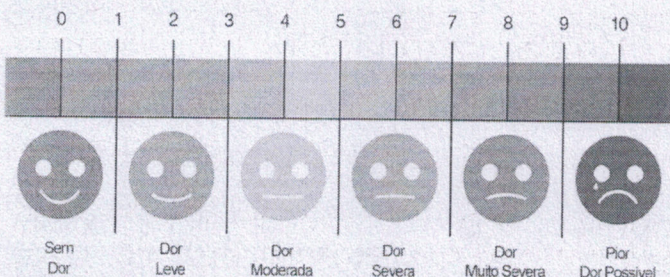
PA: _____ X _____ mmHg FC ⁹⁶ bpm FR _____ rpm Tax: _____ °C SatO2 ⁹⁴ %GLICEMIA: _____ mg/dl ESCALA DE DOR: _____ E. GLASGOW: ¹⁵ _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO (IMEDIATO) ● AMARELO (30 MINUTOS) ○
VERDE (90 MINUTOS) ● AZUL (120 MINUTOS) ●

RISCOS

QUEDA: NÃO ☒ SIM [] JUSTIFICATIVA: _____
INTERNAMENTO HOSPITALAR NOS ÚLTIMOS 06 MESES EM UTI OU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS CLÍNICO/CIRÚRGICO:
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
ESTADIA EM SERVIÇOS COMO UPA/ HOME CARE/LAR/CASA ASILAR COM PERMANÊNCIA MAIOR QUE 24H NOS
ÚLTIMOS 30 DIAS ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____
HEMODIÁLITICO CRÔNICO OU HEMATO-ONCOLÓGICO EM QT OU RT ?
NÃO ☒ SIM [] LOCAL: _____



Angela Bernegossi
Enfermeira
COREN-PR 240 571

Assinatura e carimbo Enfermeiro

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1234809 **Prontuário:** 982623 **SAME:** 982623 **Hora Atend:** 20:02 **Data Atend:** 09/08/2022
Paciente..... : YASSER AIUB SALOMAO
Endereço..... : ARLINDO FRANCEZ
Bairro..... : BRAGA
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - REUMATOLOGIA
Data Saída..... : 09/08/2022
UF...: PR **CEP:** 83020230
Plano...: UNICO
Hora Saída : 20:26
Prestador da Evolução Médica: 1286 **EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI**

HDA

DOR EM JOELHOS E OMBROS HÁ 2 SEMANAS SEM FATOR PRECEDENTE. NEGA TRAUMA ASSOCIADO. NEGA FEBRE E OUTROS SINTOMAS.

EXAME FISICO

DEAMBULA COM CARGA TOTAL, SEM ALTERAÇÕES EM MARCHA
AUSENCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE JOELHOS E OMBROS. AUSENCIA DE EQUIMOSES E CREPITAÇÕES
ADM AMPLA INDOLOR
LIG OK
NV PRESERVADO
SOLICITO RX DE JOELHOS
RX S/ SINAIS DE FX OU LX

DIAGNOSTICO

POLIARTRALGIA A/E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

POLIARTRALGIA A/E

TRATAMENTO

ENCAMINHO AO REUMATOLOGISTA + FLANCOX E LISADOR + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1399623 DATA: 09/08/2022 20:13
USUÁRIO.....: EDUARDO.ROSSI
ATENDIMENTO: 1234809 DT NASC: 16/11/2006 (15A 8M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 982623 - YASSER AIUB SALOMAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/08/2022 20:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: SALA 2 ORTOPEDIA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1234809**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (DIREITO)	1					
2	JOELHO A.P - LAT. OBLIQUAS + 3 AXIAIS (ESQUERDO)	1					

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
CRM: 40975