

Atendimento: 1458737 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS Lote: 1821304 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 19740 Validade.:08/08/2024
Senha.....: 19740 Autoriz.:08/08/2024
Carteira.: 2115522 Validade.: 12/12/2024 Titular...: ANA LUIZA SULEK KNEVELS
: GUILHERME WEIGERT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	12,18	0,00	0,00	0,00	0,00	12,18
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	147,45	0,00	0,00	0,00	0,00	147,45
Total da Conta:						195,21

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	10	0,0179	0,18
08/08/2024	08006074 ESPARADRAPO 10CM X 4,5M	CM	10	0,1850	1,85
08/08/2024	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	10,1500	10,15
Total :					12,18

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2024	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
08/08/2024	30722349 FRATURA DA FALANGE - TRATAMENTO CONSERVADOR ATO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO	100,00%	1	67,4500	67,45
Total :						147,45

Atendimento: 1458737 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS Lote: 1821304 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Total Geral: 195,21



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

2 - Nº Guia no Prestador 19740

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19740	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19740	
8 - Número da Carteira 2115522		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANA LUIZA SULEK KNEVELS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 20141		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/08/2024	
23 - Indicação Clínica HA 1 H REFER QUE TEVE TRAUMA NO 4 QDD NA ESCOLA COM BOLA			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
Dados do Atendimento			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de 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 08/08/2024 14:23 14:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1 1 1.0 80.00 80.00			
2 08/08/2024 14:23 14:23 22 30722349 FRATURA DE FALANGES - TRATAMENTO CONSERVADOR 001 1.0 67.45 67.45			
3 08/08/2024 14:47 14:47 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO 001 1.0 35.58 35.58			
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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 183.03		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 12.18		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\$) 195.21			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
		68 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: ANA.CZAIKOWSKI

Data/Hora: 13/08/2024 11:04:40

Conta/Lote: 1821304

Atendimento: 1458737

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1821304

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Sulek Knevels

Nº da Carteira: 2.11.5522

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 17/09/2008

Nº da Guia: 19740

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2024	12:22:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

Na educação física a bola bateu no dedo e a aluna está sentindo muita dor.

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3225-1920

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº Bairro

222
3 Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

A aluna esta sentindo muita dor e o dedo está com muita dor.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atividade: Local:

Instituição: Endereço:

Data de Nascimento: Nº da Guia:

Data de Ocorrência: Horário: Local:
 Data de Nascimento: Horário: Local:

O que aconteceu:
 Onde aconteceu:

Descrição:
 Onde aconteceu:

Testemunha da ocorrência:
 Professor:

Local de atendimento:
 Data de atendimento:

Observações:
 A quem se refere:

Ass.:
 Local:

Para facilitar este favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos, com códigos e valores discriminados, resumo detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: atendimento@clínica.org.br (para prestadores) ou E-mail: atendimento@clínica.org.br (para credenciados) com os seguintes dados:
 Instituição: Endereço:
 Contato: (41) 3240-2319 ou (41) 3240-2318



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

2 - Nº Guia no Prestador 19740

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19740	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19740	
8 - Número da Carteira 2115522		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANA LUIZA SULEK KNEVELS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/08/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/08/2024 14:23 14:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00			
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			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 80.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26147



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

2 - Nº Guia no Prestador 19740

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19740	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19740	
8 - Número da Carteira 2115522		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANA LUIZA SULEK KNEVELS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 08/08/2024			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt.Solic.			
28 - Qt.Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 08/08/2024 14:23 14:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 80.00 80.00			
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			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 80.00		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\$) 80.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Atendimento.....: 1458737

Pedido.....: 823576

Paciente.....: ANA LUIZA SULEK KNEVELS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 08/08/2024

RADIOGRAFIA DO 4º QUIRODÁCTILO 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.

16 de Agosto de 2024

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICORICARDO GALVAO
08/08/2024 14:27:40

Atendimento: 1458737 Data do Atendimento: 08/08/2024
Prontuário: 854738 Nome: ANA LUIZA SULEK KNEVELS
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 17/09/2008
RG: 150109078 CPF: 10648205908 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998037318
Rua: GUILHERME WEIGERT Numero 1725 CEP: 82720000
Bairro: SANTA CANDIDA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115522
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: INGRID SULEK Parentesco: AVO (A)

- 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**

PRESCRIÇÃO.: 1655220 DATA: 08/08/2024 14:47
USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1458737 DT NASC: 17/09/2008 (15A 10M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 854738 - ANA LUIZA SULEK KNEVELS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2024 14:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1458737

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: 4 QDD						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM 60023236	1					[08/08] . 14:47
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	10	CENTIMETRO	✓			
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO	✓			
-> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE	✓			

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 08/08/2024 a 08/08/2024

Atendimento: **1458737 ANA LUIZA SULEK KNEVELS**

Mãe: TAYANA CECILIA SULEK CASTILHO

Nascimento: 17/09/2008

Internação: 08/08/2024 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade:

Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00696774

Data: 08/08/2024

Hora: 16:00

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 19/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otavio N. Nascimento

Téc. de Enfermagem

Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO

TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1458737 Prontuário: 854738 SAME: 854738 Hora Atend: 14:23 Data Atend: 08/08/2024
Paciente..... : ANA LUIZA SULEK KNEVELS Idade: 15 a
Endereço..... : GUILHERME WEIGERT
Bairro..... : SANTA CANDIDA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF...: PR CEP: 82720000
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/08/2024 Hora Saída : 15:31

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 1 H REFER QUE TEVE TRAUMA NO 4 QDD
NA ESCOLA COM BOLA

EXAME FISICO

TEM DOR NO 4 QDD
EDEMA LOCALO
DOR NA REGIAO VOLAR DO 4 QDD
EDEMA LOCL
IFP

DIAGNOSTICO

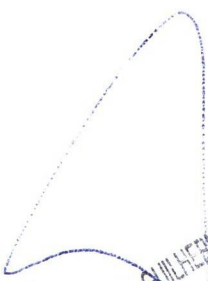
FRATURA DO 4 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 4 QDD

TRATAMENTO

ORIENTOAD
TAL DE ALUMINIO
RETORNO
30722349


Dr. GUILHERME A.S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA