

Atendimento: 1458672 - ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS Lote: 1821187 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 19725 Validade.:08/08/2024
Senha.....: 19725 Autoriz.:08/08/2024
Carteira.: 2782274 Validade.: 12/12/2024 Titular....: ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS
: RUA SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR
Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	35,58	0,00	0,00	0,00	0,00	35,58
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						115,58

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 CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador 19725

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19725		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19725							
8 - Número da Carteira 2782274		9 - Validade da Carteira 12/12/2024		10 - Nome ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS		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 PACIENTE ACOMPANHADO DA MAE, REFERE CONTUSAO IF DISTAL 3º QDD ONTEM, JOGANDO HANDEBOL NA ESCOL									
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total													
1 08/08/2024 11:14		11:14		22 10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0		80.00 80.00			
2 08/08/2024 11:57		11:57		22 40803120		RX - MAO OU QUIRODACTILO		001 1.0		35.58 35.58			
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\$) 115.58		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\$) 115.58	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Angelo Ehrenfried Amaral Santos

Nº da Carteira: 2.78.2274

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 02/11/2008

Nº da Guia: 19725



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2024	08:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	3º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno estava em aula de educação física até que a bola bate em seu dedo e o torce.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Caio	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof Felipe	08/08/2024

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
Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo no local.

Ass.:

Gabriela Aparecida Gonçalves Marcon

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 - N° Guia no Prestador 19725

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19725	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19725	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782274		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS		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 PLANTONISTA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 0000		18 - UF 41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
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.	
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 11		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
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 08/08/2024 11:14 11:14 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			
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 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /			
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /			
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	
		A. Anelise E.A. Santos	
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 19725

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/08/2024		5 - Senha 19725	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19725	
8 - Número da Carteira 2782274		9 - Validade da Carteira 12/12/2024	
10 - Nome ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS		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 11:14 11:14 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 Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Angelo E.A. Santos</i>		68 - Assinatura do Contratado	

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1458672
Pedido.....: 823540
Paciente.....: ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
Data do Exame..: 08/08/2024

RADIOGRAFIA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP, oblíqua 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 11:18:37

Atendimento: 1458672 Data do Atendimento: 08/08/2024
Prontuário: 1023389 Nome: ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 15 Data de Nascimento: 02/11/2008
RG: 132816581 CPF: 08502598945 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 991634848

Rua: RUA SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR Numero 519 CEP: 83330360
Bairro: JARDIM AMELIA Cidade: PINHAIS UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2782274

Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: ANELISE HERENFRIED DO AMARAL SANTO 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**

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ANGELO EHREFRIED AMARAL SANTOS 15ANOS Início da Triagem: 11:10:24.
Fim da Triagem: 11:12:39.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TORÇÃO DE MSD (DEDO) DURANTE ATIVIDADE FISICA HOJE NA ESCOLA

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:% ECG: Dor:

Data: 07/08/2024.

FERNANDA DOS SANTOS

PRESCRIÇÃO.: 1655156 DATA: 08/08/2024, 11:57
USUÁRIO.....: PEDRO.GALVAN
ATENDIMENTO: 1458672 DT NASC: 02/11/2008 (15A 9M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1023389 - ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/08/2024 11:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1458672*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (DIREITA)40803120	1					
Obs.: AP + P + OBLQ 3° QDD						

PEDRO HENRIQUE BUBNA GALVAN
CRM: 43743

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1458672 **Prontuário:** 1023389 **SAME:** 1023389 **Hora Atend:** 11:14 **Data Atend:** 08/08/2024
Paciente..... : ANGELO EHRENFRIED AMARAL SANTOS **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA SEBASTIAO STANCKI DA LUZ JUNIOR
Bairro..... : JARDIM AMELIA
Cidade..... : PINHAIS **UF..:** PR **CEP:** 83330360
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/08/2024 **Hora Saída :** 18:13

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE, REFERE CONTUSAO IF DISTAL 3º QDD ONTEM, JOGANDO HANDEBOL NA ESCOLA

EXAME FISICO

3º QDD
SEM DEFORMIDADES, COM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
LEVE DOR EM IF DISTAL
FLEXO EXTENSÃO LIVRE
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

DISCUTO RX COM DRA KARLA
ORIENTO MÃE SOBRE O QUADRO
PRESCREVO AINE E CRIOTERAPIA
REPOUSO DE ATIVIDADE FÍSICA

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA