

Atendimento: 1489252 - ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ Lote: 1868613 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 23077 Validade.:12/11/2024
Senha.....: 23077 Autoriz.:12/11/2024
Carteira.: 2376775 Validade.: 12/11/2025 Titular...: ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
: RUA FREDERICO STADLER JUNIOR

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	15,24	0,00	0,00	0,00	0,00	15,24
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:						130,82

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/11/2024	08002788 MICROPORE 25MM X 10M 3M	CM	50	0,0179	0,90
12/11/2024	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	2	7,1700	14,34
Total :					15,24

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/11/2024	40803112 PUNHO	EXAME	1	35,5845	35,58
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964						
CLINICO						
Total :						80,00
Total Geral:						130,82



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

2 - Nº Guia no Prestador **23077**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/11/2024	5 - Senha 23077	6 - Data de Validade da Senha
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23077
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira 2376775	9 - Validade da Carteira 12/11/2025	10 - Nome ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
		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 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
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/11/2024	23 - Indicação Clínica HA 5 H REFER EQUETEVE TRAUMA NO PUNHO D NA ESCOLA
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
42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.
45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 12/11/2024 18:20 18:20 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00		
2 12/11/2024 18:33 18:33 22 40803112 RX - PUNHO 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 -	3 -	5 -
2 -	4 -	6 -
58 - Observação / Justificativa		
59 - Total de Procedimentos (R\$) 115.58	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 15.24
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\$) 130.82
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		68 - Assinatura do Contratado

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

PEDRO.SANTOS
12/11/2024 18:23:47

Atendimento: 1489252 Data do Atendimento: 12/11/2024
Prontuário: 1029509 Nome: ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
Sexo: MASCULINO Idade: 9 Data de Nascimento: 03/12/2014
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 999902833

Rua: RUA FREDERICO STADLER JUNIOR Numero 58 CEP: 82810230

Bairro: CAPAO DA IMBUIA Cidade: CURITIBA UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376775

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.

x Miguel B. Silva

Paciente e/ou Responsável

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



Paciente : ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ- 09 ANOS

Início da Triagem:17:54:27.
Fim da Triagem:18:16:35.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

REFERE TER CAÍDO NA ESCOLA HOJE PELA MANHÃ , QUEDA DO PRÓPRIO NÍVEL, APOIANDO O BRAÇO DIREITO NO CHÃO, REFERE DOR EM REGIÃO DO PUNHO DIREITO.

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS:NEGA

Sinais Vitais:

PA:96/58 mmHg FC:91bpm FR:20rpm Tax:°C SatO2:98%%
ECG: Dor:

Data: 12/11/2024.

Camila Pires

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Teixeira da Cruz
Nº da Carteirinha: 2.37.6775
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 03/12/2014

Nº da Guia: 23077

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	08:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Braço Esquerdo, Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de ed. física, quando estava correndo, tropeçou sozinho e caiu por cima do braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos ao responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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 23077

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 12/11/2024	5 - Senha 23077	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23077		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2376775	9 - Validade da Carteira 12/11/2025	10 - Nome ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ	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 12/11/2024	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 42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total					
1 12/11/2024 18:20 18:20 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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		68 - Assinatura do Contratado	

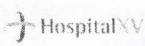


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **23077**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/11/2024		5 - Senha 23077	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23077	
8 - Número da Carteira 2376775		9 - Validade da Carteira 12/11/2025	
10 - Nome ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ		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 12/11/2024			
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 12/11/2024			
37 - Hr. Inicial 18:20			
38 - Hr. Final 18:20			
39 - Tabela 22			
40 - Procedimento 10101039			
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 001			
43 - Via 1.0			
44 - Téc. 80.00			
45 - Fator R/Acr 80.00			
46 - Valor Unitário 80.00			
47 - Valor Total 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			



PRESCRIÇÃO.: 1687811 DATA: 12/11/2024 18:32,
USUÁRIO....: GUILHERME.STRATMANN
ATENDIMENTO: 1489252 DT NASC: 03/12/2014 (9A 11M 11D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1029509 - ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/11/2024 18:20 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:
CICLO...: 1/

1ª VIA

Rubrica do Médico

1489252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (DIREITO) 40803112	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. ENFAIXAMENTO DE PUNHO	1					[12/11] . 18:32 <i>maria 367285</i>
	-> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS	2	UNIDADE		✓		
	UND						
	-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO		✓		

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 12/11/2024.a 12/11/2024

Atendimento: 1489252 ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
Mãe: MAGDA BARBOSA DA SILVA
Internação: 12/11/2024 CID: S635 ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Leito: Unidade:
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00710606 Data: 12/11/2024 Hora: 18:49
PACIENTE ADMITIDO NO P.A. LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, PARA CONSULTA COM O MÉDICO DO PLANTÃO. QUEIXANDO-SE DE DOR. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI SOLICITADO ENFAIXAMENTO DE MEMBRO. REALIZADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.
MATERIAL UTILIZADO:
02 ATADURA DE CREPE 12 CM
50 CM DE MICROPORE

Wesley dos Santos Pereira
Técnico de Enfermagem
1943 WESLEY DOS SANTOS PEREIRA
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1916992

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1489252	Prontuário: 1029509	SAME: 1029509	Hora Atend: 18:20	Data Atend:12/11/2024
Paciente..... : ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ			Idade: 9 a	
Endereço..... : RUA FREDERICO STADLER JUNIOR				
Bairro..... : CAPAO DA IMBUIA				
Cidade..... : CURITIBA			UF...: PR	CEP: 82810230
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			Plano...: UNICO	
CID Principal..... : S635 - ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO				
CID's Secundários. :				
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída..... : 12/11/2024			Hora Saída : 18:54	
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN				

HDA

HÁ 5 H REFER EQUERTEVE TRAUMA NO PUNHO D NA ESCOLA

EXAME FISICO

TEM DOR LEVE NO RADIO DISTAL
MOBILIDADE COM POUCA DOR

DIAGNOSTICO

ENTORSE DO PUNHO D

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DO PUNHO D

TRATAMENTO

ORIENTADO
GELO
ENFAIXAMENTO
RETORNO
30711010

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1489252
Pedido.....: 842409
Paciente.....: ARTHUR TEIXEIRA DA CRUZ
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 12/11/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO 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.

01 de Dezembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1488815
Pedido.....: 842161
Paciente.....: INGRID FURLAN MOTA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: HALAN GIRARDI PRESA
Data do Exame.: 11/11/2024

RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL ESQUERDA

Exame realizado na incidência AP comparativo e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras e relações articulares mantidas.

29 de Novembro de 2024

Dr(a). CIBELE CANDIDA DE ALMEIDA KINTOPP
CRO 15642