

tendimento: 1341566 - DAVI GRAUNKE MOLITERNO Lote: 1637802 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: DAVI GRAUNKE MOLITERNO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 12588 Validade.:17/08/2023
Senha.....: 12588 Autoriz.:17/08/2023
Carteira.: 2374967 Validade.: 12/12/2023 Titular.: DAVI GRAUNKE MOLITERNO
 : DOUTOR PETRONIO ROMERO DE SOUZA
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
07/08/2023	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc 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
07/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						96,72



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

2 - Nº Guia no Prestador 12588

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 17/08/2023	5 - Sentia	12588	6 - Data de Validade da Sentença 12588
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2374967	9 - Validade da Carteira 12/12/2023	10 - Nome DAVI GRAUNKE MOLTERNO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76630518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 17202	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 17/08/2023	23 - Indicação Clínica QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO PERIESCAPULAR À ESQUERDA DE INICIO SUBITO. NEGA TRAUMA, NEGA OUTRAS Q	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76630518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	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 - Qrde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
1 07/08/2023 10:27 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 65.00 65.00	
2 07/08/2023 10:34 22 40803074 RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)		001 1.0 31.72 31.72	
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sd. 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 - / / /	
2 - / / 4 - / / /		6 - / / / 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 CPME (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	

1637000

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Graunke Moliterno
Nº da Carteirinha: 2.37.4967
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 18/03/2010

Nº da Guia: 12588

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2023	09:10:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Dor nas costas	Costas

Descrição

Após um exercício na aula o aluno sentiu as costas

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, informado para a responsável (mãe) e encaminhado ambas para o hospital de referência.

Ass.: 
Coord. Disciplinar

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 4636444

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2374967

9 - Validade da Carteira
12/12/2023

10 - Nome
DAVI GRAUNKE MOLITERNO

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 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Luiz Roberto de Fátima
Ortopedia e Traumatologia

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Executante
29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
3005585

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final
1 07/08/2023 10:27 10:27 22 10101039

39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48-Sq.Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPR 51-Nome do Profissional

52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO

56 - Data de Realização do P Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OFME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

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 4636444

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data da Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAVI GRAUNKE MOLITERNO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

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 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

07/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI-Solic. 28 - QI-Autoriz.

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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

1 07/08/2023 10:27

39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição

22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

001

1.0

65.00

65.00

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\$)

65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPM/E (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Luiz Roberto M. Rocha
CRM 21742-2
Ortopedia e traumatologia

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1341566
753217

Paciente.....: DAVI GRAUNKE MOLITERNO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 07/08/2023

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO**Os seguintes aspectos foram observados:**

Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Ausência de calcificações periarticulares.

14 de Agosto de 2023

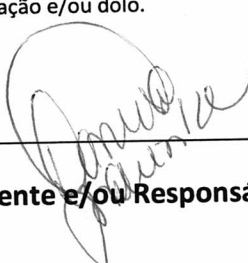


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS HARAI
07/08/2023 10:28:57

Atendimento: 1341566 Data do Atendimento: 07/08/2023
Prontuário: 1001389 Nome: DAVI GRAUNKE MOLITERNO
Sexo: MASCULINO Idade: 13 Data de Nascimento: 18/03/2010
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: DOUTOR PETRONIO ROMERO DE SOUZA Numero 611 CEP: 82970020
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2374967
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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Sector: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : DAVI GRAUNKE MOLITERNO 13 ANOS

Início da Triagem: 10:19:08.

Fim da Triagem: 10:21:12.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

DOR EM REGIÃO ESCAPULAR DURANTE ATIVIDADE FÍSICA HOJE NA ESCOLA

Comorbidades: , NEGA.

MUC: NEGA

ALERGIAS: AMOXICILINA

Sinais Vitais:

PA: 110/68 mmHg FC: 78bpm FR: rpm Tax: 36,5°C SatO2: 98%
ECG: Dor:

Data: 07/08/2023.

ENFº FILIPE LOPES 574192

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1341566 **Prontuário:** 1001389 **SAME:** 1001389 **Hora Atend:** 10:27 **Data Atend:** 07/08/2023
Paciente..... : DAVI GRAUNKE MOLITERNO **Idade:** 13 a
Endereço..... : DOUTOR PETRONIO ROMERO DE SOUZA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82970020
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : M626 - DISTENSAO MUSCULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... :
Data Saída..... : **Hora Saída :**

Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

QUEIXA-SE DE DOR EM REGIÃO PERIESCAPULAR À ESQUERDA DE INICIO SUBITO. NEGA TRAUMA, NEGA OUTRAS QUEIXAS

EXAME FISICO

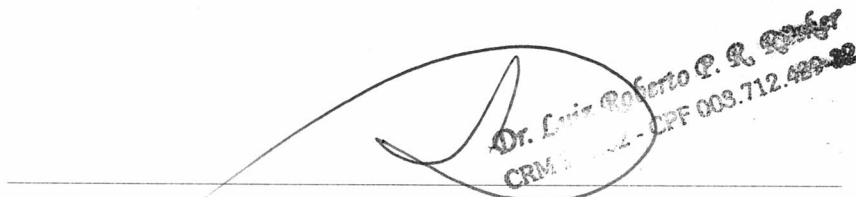
PELE ÍNTEGRA, DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO LATERAL À ESCAPULA ESQUERDA. ADM DO OMBRO PRESERVADA, NV PRESERVADO

TRATAMENTO

PRESCREVO ALIVIUM, ORIENTO COMPRESSAS MORNAS E RETORNO, CASO SINAIS DE ALARME

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DISTENSAO MUSCULAR



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1522000 DATA: 07/08/2023 10:34
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1341566 DT NASC: 18/03/2010 (13A 4M 22D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1001389 - DAVI GRAUNKE MOLITERNO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/08/2023 10:27 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M626 DISTENSAO MUSCULAR CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

1341566

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO)	1						



ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201