

Atendimento: 1346248 - EMANUEL DARU REY SANSON Lote: 1645090 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: EMANUEL DARU REY SANSON
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 12899 Validade.:21/08/2023
Senha.....: 12899 Autoriz.:21/08/2023
Carteira.: 2116874 Validade.: 30/11/2023 Titular....: EMANUEL DARU REY SANSON
: - DE 4196/4197 AO FIM CANDIDO HARTMANN

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
IONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/08/2023	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
Total :					61,28

IONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
21/08/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/PSADT**

2 - Nº Guia no Prestador 12899

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/08/2023

5 - Senha

12899

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12899

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
EMANUEL DARU REY SANSON

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

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

21/08/2023

23 - Indicação Clínica

Caiu hoje na escola, com trauma no cotovelo D e tem dor no local.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado 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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 21/08/2023 17:06 17:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 21/08/2023 17:18 17:18 22 40803090 RX - COTOVELO
3 21/08/2023 17:18 17:18 22 40803090 RX - COTOVELO

42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00
001 1.0 30.64 30.64
001 1.0 30.64 30.64

Identificação do(a) Profissional(s) 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 - _/_/_/

10 - _/_/_/

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
126,28

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 Casos Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emanuel Darú Rey Sanson

Nº da Carteirinha: 2.11.6874

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 21/11/2014

Nº da Guia: 12899

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	15:39:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Direito, Cotovelo Direito

Descrição
Aluno estava brincando no recreio e tropeçou, batendo o cotovelo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erick	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erick	21/08/2023

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 está com dor, local inchado, aplicado gelol e gelo no local. Mãe avisada para encaminhar o aluno a atendimento hospitalar.

Ass.:

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Luiz Roberto Rucker
CRM 17122
Ortopedia e traumatologia

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 12899

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/08/2023

5 - Semia

12899

6 - Data de Validade da Semia

12899

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2116874

9 - Validade da Carteira

30/11/2023

10 - Nome

EMANUEL DARU REY SANSON

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

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Trabalho

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora
76530518000107

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)

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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 21/08/2023 17:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(a) Profissional(is) Encarregado(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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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 OPME (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 12899

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
21/08/2023

5 - Senha

12899

6 - Data de Validade da Senha

12899

8 - Número da Carteira
2116874

9 - Validade da Carteira

30/11/2023

10 - Nome

EMANUEL DARU REY SANSON

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora
76630518000107

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

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76630518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 21/08/2023 17:06 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - QI de. 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

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 O.P.M.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

Atendimento.....: 1346248

755975

Paciente.....: EMANUEL DARU REY SANSON

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 21/08/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

27 de Agosto de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

Atendimento.....: 1346248

755975

Paciente.....: EMANUEL DARU REY SANSON

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

Data do Exame.: 21/08/2023

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

27 de Agosto de 2023

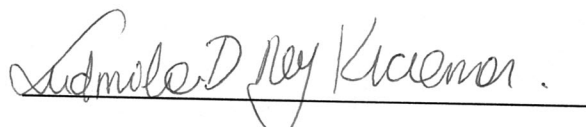


Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.CRISTINA
21/08/2023 17:07:56

Atendimento: 1346248 Data do Atendimento: 21/08/2023
Prontuário: 1002171 Nome: EMANUEL DARU REY SANSON
Sexo: MASCULINO Idade: 8 Data de Nascimento: 21/11/2014
RG: CPF: 12390935940 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 999254789
Rua: - DE 4196/4197 AO FIM CANDIDO HARTMANN Numero 4542 CEP: 82015100
Bairro: SANTO INACIO Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2116874
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: LUDMILA DARU REY SANSON 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

OK

HOSPITAL XV DE CURITIBA

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



HospitalXV

Paciente : EMANUEL DARÚ REY SANSON, 8 ANOS

Início da Triagem: 16:59:52.

Fim da Triagem: 17:03:43.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

HÁ 1 HORA TEVE QUEDA DE MESMO NIVEL, BATENDO O COTOVELO NO PISO DE CIMENTO, RELATA DOR NO LOCAL E NÃO CONSEGUE EXTENDER O BRAÇO DEVIDO DOR INTENSA.

Comorbidades: , ASMA.

MUC: BOMBINHAS NAS CRISES DE ASMA

ALERGIAS:PÓ E INSETOS

Sinais Vitais:

PA: mmHg
Dor:

FC:93bpm

FR:rpm

Tax:36.2°C

SatO2:98%

ECG:

Data: 21/08/2023.

kelly

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1346248 **Prontuário:** 1002171 **SAME:** 1002171 **Hora Atend:** 17:06 **Data Atend:** 21/08/2023
Paciente..... : EMANUEL DARU REY SANSON **Idade:** 8 a
Endereço..... : - DE 4196/4197 AO FIM CANDIDO HARTMANN
Bairro..... : SANTO INACIO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82015100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 21/08/2023 **Hora Saída :** 18:13
Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

Caiu hoje na escola, com trauma no cotovelo D e tem dor no local.

EXAME FISICO

I: sp
P: com dor em região olecraneana D
M: ampla e pouca dor
Lig estáveis

DIAGNÓSTICO

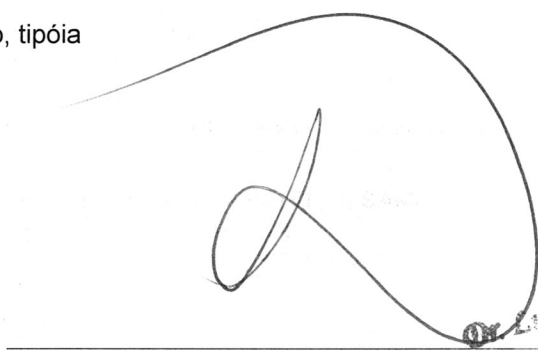
Contusão do cotovelo D
RX: sp

DIAGNÓSTICO - HISTORICO

Contusão do cotovelo D
RX: sp

TRATAMENTO

Gelo, AINH, orientação, tipóia



Dr. Luiz Roberto P. R. Rucker
CPF 033.712.423-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1527236 DATA: 21/08/2023 17:18
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1346248 DT NASC: 21/11/2014 (8A 9M 0D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1002171 - EMANUEL DARU REY SANSON
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/08/2023 17:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

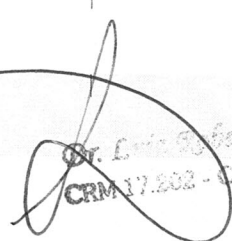
MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1346248*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (DIREITO) Obs.: comparativo	1					
2 COTOVELO (ESQUERDO) Obs.: comparativo	1					


LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202