

Endereço: 1326253 - FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL Lote: 1613630 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano..:

Plano..... UNICO

Medico/CRM: GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523

Guia.....: 11881 Validade.: 15/06/2023

Senha.....: 11881 Autoriz.: 15/06/2023

Carteira...: 2377669 Validade.: 31/12/2023 Titular....: FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL

: - DE 876/877 AO FIM NATAL

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65,00
Total da Conta:						65,00

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
15/06/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUSTAVO PEREIRA BOTELHO - 21523 05251905700	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00
Total Geral:						65,00



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

2 - Nº Guia no Prestador 11881

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 15/06/2023		5 - Semia 11881	
6 - Data de Validade da Semia 31/12/2023		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11881	
8 - Nome do Beneficiário 2377669		9 - Nome da Carteira FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL	
10 - Nome FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76630518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO PEREIRA BOTELHO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21523		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 15/06/2023	
23 - Indicação Clínica PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO A DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA I		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
Dados do Contratado			
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) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 15/06/2023 19:19 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 65.00 65.00	
Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)			
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 Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 65.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 65.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

1613630

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Adriano Bruchener dos Santos Witcel
Nº da Carteira: 2.37.7669
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 30/11/2011

Nº da Guia: 11881



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/06/2023	16:39:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando futebol, tropeçou e caiu de joelhos no chão.

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 a responsável (mãe) e encaminhamos ambos para o hospital de referência.

Ass.: _____

Nailson Veras
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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 998771

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

237669

FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

76530518000107

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Gabriel Fraga

PLANTONISTA

06

0000

41

Cardoso

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

CRM/PR 46356

2

15/06/2023

27 - Ct. Solic. 28 - Ct. Autentz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 10

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

2

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

1

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 998771

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira 2377669	9 - Validade da Carteira	10 - Nome FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL	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 15/06/2023	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 10101039 2 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro Consulta em pronto socorro	27 - Q1.Solic. 1	28 - Q1.Autoriz. 0
-------------	---	--	---------------------	-----------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585
--------------------------------	--------------------------	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q1de.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	48 - Seq. Ref.	49 - G1. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
---	----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOSAMANTHA.OLSTAN
15/06/2023 19:20:54

Atendimento: 1326253 Data do Atendimento: 15/06/2023
Prontuário: 998771 Nome: FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 30/11/2011
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: - DE 876/877 AO FIM NATAL Numero 1671 CEP: 82930210
Bairro: CAJURU Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2377669
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: DANYELLE KELSENLIN B DOS SANTOS 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

gab

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326253 **Prontuário:** 998771 **SAME:** 998771 **Hora Atend:** 19:19 **Data Atend:** 15/06/2023
Paciente..... : FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL **Idade:** 11 a
Endereço..... : - DE 876/877 AO FIM NATAL
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82930210
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 15/06/2023 **Hora Saída :** 23:02

Prestador da Evolução Médica: 208 **GUSTAVO PEREIRA BOTELHO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO A DIREITA , EVOLUINDO COM DOR, NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLAD A, NV PRESEFVADO , SEM DERRAME ARTICULAR , PATELA ESTAVEL , ADM AMPLA E LIVRE, DEAMBULANDO SEM AUXILIO . SEM AUMENTO DE VOLUME

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE JOELHO A ESQUERDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE JOELHO A ESQUERDA

TRATAMENTO

ORIENTO , LISADOR , GELO REPOUSO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA

Dr. Gustavo Pereira Botelho
Ortopedia
CRM 21.523

GUSTAVO PEREIRA BOTELHO / 21523
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1326253 **Prontuário:** 998771 **SAME:** 998771 **Hora Atend:** 19:19 **Data Atend:** 15/06/2023
Paciente..... : FELIPE ADRIANO B DOS SANTOS WITCEL **Idade:** 11 a
Endereço..... : - DE 876/877 AO FIM NATAL
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82930210
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO **Plano...:** UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 15/06/2023 **Hora Saída :** 23:02
Prestador da Evolução Médica: 1574 **GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO**

HDA

PACIENTE REFERE TRAUMA DIRETO EM JOELHO A DIREITA , EVOLUINDO COM DOR, NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA MUC E ALERGIAS

EXAME FISICO

PELE NAO VIOLAD A, NV PRESEFVADO , SEM DERRAME ARTICULAR , PATELA ESTAVEL , ADM AMPLA E LIVRE, DEAMBULANDO SEM AUXILIO . SEM AUMENTO DE VOLUME

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DE JOELHO A ESQUERDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DE JOELHO A ESQUERDA

TRATAMENTO

ORIENTO , LISADOR , GELO REPOUSO, RETORNO SE MUDANÇA DE SINTOMAS OU SINAIS DE ALERTA



GABRIEL FRIÇA DE OLIVEIRA CARDOSO / 46356
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA