

Atendimento: 1471918 - FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA Lote: 1841775 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 21085 Validade.:23/09/2024
Senha.....: 21085 Autoriz.:23/09/2024
Carteira.: 21085 Validade.: Titular.: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
: RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	14,34	0,00	0,00	0,00	0,00	14,34
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:						129,92

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	08007088 ATADURA CREPE 12CM X1,8 CYSNE CREMER	RL	2	7,1700	14,34
Total :					14,34

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
18/09/2024	40803112 PUNHO 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
18/09/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	
Total Geral:						129,92



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

2 - Nº Guia no Prestador **21085**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 23/09/2024		5 - Senha 21085		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21085							
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante									
8 - Número da Carteira 21085		9 - Validade da Carteira		10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA		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		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados													
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/09/2024		23 - Indicação Clínica HA 3 H REFERE QUE TEV E TRAUMA NOPUNHO E TEM DOR NO RADIO DISTAL EDEMA LOCAL									
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 18/09/2024 12:23 12:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00													
2 18/09/2024 13:22 13:22 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 - / / 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\$) 14.34		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\$) 129.92	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernanda Gaio Ribeiro Saldanha

Nº da Carteirinha: 2.78.976

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 21/08/2010

Nº da Guia: 21085



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/09/2024	10:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A aluna estava jogando handebol até colega avançar e esbarrar na aluna, causando sua queda e machucando o pulso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Caio	18/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
A aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi aplicado gelo e gelou no local.

Ass.:


Orientadora

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

ADDITIONAL INFORMATION



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

2 - Nº Guia no Prestador **5349076**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21085		9 - Validade da Carteira	10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
		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 18/09/2024	
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 18/09/2024 12:23 12:23 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 - / / 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	
		68 - Assinatura do Contratado	



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

2 - Nº Guia no Prestador **5349076**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 21085	9 - Validade da Carteira	10 - Nome FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA	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 18/09/2024	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
1 18/09/2024	12:23	12:23	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			
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
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	

Atendimento.....: 1471918

Pedido.....: 831687

Paciente.....: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 18/09/2024

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

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.

28 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOFERNANDA.NEVES
18/09/2024 12:25:16

Atendimento: 1471918 Data do Atendimento: 18/09/2024
Prontuário: 1022793 Nome: FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 21/08/2010
RG: CPF: 11189706911 Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone:

Rua: RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA Numero 346 CEP: 83306260
Bairro: VILA JULIANA Cidade: PIRAQUARA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 21085
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: QUESLI GAIO RIBEIRO SALDANHA 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

PRESCRIÇÃO.: 1669628 DATA: 18/09/2024 13:21
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1471918 DT NASC: 21/08/2010 (14A 0M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1022793 - FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/09/2024 12:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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/

1471918

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 PUNHO A.P LAT. OBLIQUAS (ESQUERDO) 40803112	1					

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. ENFAIXAMENTO DE PUNHO -> ATADURA CREPE 12CM X 4,5M 13 FIOS UND -> MICROPORE 25MM X 10M CM	1 2 1	UNIDADE UNIDADE ROLO				[18/09] . 13:21

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 18/09/2024 a 18/09/2024

Atendimento: **1471918 FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA**

Nascimento: 21/08/2010

Mãe: QUESLI GAIO RIBEIRO SALDANHA

Internação: 18/09/2024 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: 00703030

Data: 18/09/2024

Hora: 17:28

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



Marry N. S. Araujo
Téc. Enfermagem
Coren 001938707

2022 MARRY NOELLY DE SOUZA ARAUJO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1938707

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1471918 **Prontuário:** 1022793 **SAME:** 1022793 **Hora Atend:** 12:23 **Data Atend:** 18/09/2024
Paciente..... : FERNANDA GAIO RIBEIRO SALDANHA **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA WILSON NOBREGA DE FRANCA
Bairro..... : VILA JULIANA
Cidade..... : PIRAQUARA **UF..:** PR **CEP:** 83306260
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S635 - ENTORSE E DISTENSAO DO PUNHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 18/09/2024 **Hora Saída :** 13:50

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

HÁ 3 H REFEER QUE TEV E TRAUMA NO PUNHO E
TEM DOR NO RADIO DISTAL
EDEMA LOCAL

EXAME FISICO

TEM DOR NO PUNHO E
EDEMA LOCAL
FORÇA OK

DIAGNOSTICO

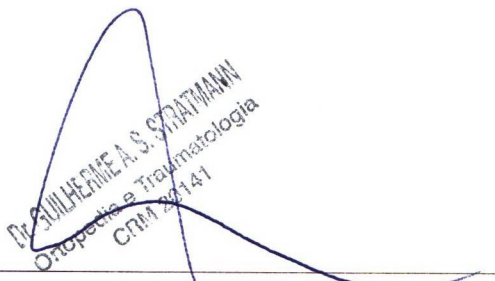
ENTORSE DO PUNHO E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DO PUNHO E

TRATAMENTO

ORIENTAD
ENFAIXAMENTO
RETORNO
30711010


Dr. GUILHERME A.S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 22141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA