

Atendimento: 1524074 - GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO Lote: 1922334 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 25045 Validade.:12/03/2025
Senha.....: 25045 Autoriz.:12/03/2025
Carteira...: 2115922 Validade.: 22/02/2026 Titular...: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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:						115,58

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
12/03/2025	40804054 JOELHO 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
12/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
				Total :		80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador **25045**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal																					
4 - Data de Autorização 12/03/2025		5 - Senha 25045		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25045																	
Dados do Beneficiário				Dados do Solicitante																			
8 - Número da Carteira 2115922		9 - Validade da Carteira 22/02/2026		10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO		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 12/03/2025		23 - Indicação Clínica HA 4 MESES TEM DOR NO JOELHO E NEGA TRAUMA DOR PARA MOBILIZAR																			
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 12/03/2025		11:04		11:04		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001						1.0		80.00		80.00	
2 12/03/2025		11:52		11:52		22		40804054		RX - JOELHO		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\$) 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\$) 115.58											
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 **25045**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data de Autorização 12/03/2025		5 - Senha 25045		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25045							
Dados do Beneficiário													
8 - Número da Carteira 2115922		9 - Validade da Carteira 22/02/2026		10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO		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 12/03/2025		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 12/03/2025 11:04 11:04 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 **25045**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 12/03/2025		5 - Senha 25045	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25045	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2115922		9 - Validade da Carteira 22/02/2026	
10 - Nome GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO		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 12/03/2025	
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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 12/03/2025 11:04 11:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Teixeira Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.11.5922
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 04/02/2008

Nº da Guia: 25045



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/03/2025	09:24:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava em atividade na educação física, ao levantar ele sentiu um estralo no joelho esquerdo, sentindo dor imediatamente.

Testemunha da ocorrência

Marcelo

Telefone

(41) 3225-1920

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 pelo professor, onde foi encaminhado para o ambulatório. Foi colocado gelo e feito o contato com a família, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.: _____


Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

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

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOALINE.ANJOS
12/03/2025 11:07:22

Atendimento: 1524074 Data do Atendimento: 12/03/2025
Prontuário: 973248 Nome: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
Sexo: MASCULINO Idade: 17 Data de Nascimento: 04/02/2008
RG: 141785486 CPF: 10729869903 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:
Rua: MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO Numero 160 CEP: 80820370
Bairro: VISTA ALEGRE Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115922
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.

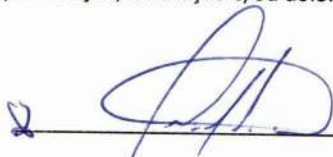
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO. 17 ANOS

Início da Triagem: 10:57:04.

Fim da Triagem: 10:58:55.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA ALGIA NO JOELHO ESQUERDO. IS: HÁ 2 MESES COM PIORA HOJE

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC:bpm FR:rpm Tax:°C SatO2:% ECG: Dor:

Data: 12/03/2025.

LARISSA ROCHA MARTINS

PRESCRIÇÃO.: 1726443 DATA: 12/03/2025 11:52
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1524074 DT NASC: 04/02/2008 (17A 1M 7D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 973248 - GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/03/2025 11:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S834 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOELHO
CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1524074

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 JOELHO A.P E LAT (ESQUERDO) 40804054	1						


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1524074 **Prontuário:** 973248 **SAME:** 973248 **Hora Atend:** 11:04 **Data Atend:** 12/03/2025
Paciente..... : GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO **Idade:** 17 a
Endereço..... : MAJOR VIRGOLINO ESMANHOTTO
Bairro..... : VISTA ALEGRE
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 80320370
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S834 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AMB - JOELHO
Data Saída..... : 12/03/2025 **Hora Saída :** 12:23

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ 4 MESES TEM DOR NO JOELHO E
NEGA TRAUMA
DOR PARA MOBILIZAR

EXAME FÍSICO

TEM DOR NO JOELHO E
DOR PARA MOBILIZAR
FORÇA OK
TEM DOR NA INTERLINHA LATERAL JOELHO E
ADM DOLOROSA
FORÇA OK

DIAGNOSTICO

LESÃO LIGAMENTAR JOELHO E

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO LIGAMENTAR JOELHO E

TRATAMENTO

ORIENTADA
GELO
SOLICITO RM
CONSULTAR COM ESP DE JOELHO
30726174

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1524074
Pedido.....: 864189
Paciente.....: GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 12/03/2025

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

Estruturas ósseas íntegras nas incidências realizadas.

Relações articulares mantidas.

25 de Marco de 2025



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149