

Atendimento: 1530612 - GIOVANNA ALVES RIBEIRO Lote: 1932339 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GIOVANNA ALVES RIBEIRO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 25867 Validade.:31/03/2025
Senha.....: 25867 Autoriz.:31/03/2025
Carteira.: 27935 Validade.: 31/03/2026 Titular....: GIOVANNA ALVES RIBEIRO
: RUA OCTAVIO CIM

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
EXAMES E DIAGNOSTICOS	36,67	0,00	0,00	0,00	0,00	36,67
HONORARIOS MEDICOS	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80,00
Total da Conta:						116,67

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/03/2025	40803074 ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) 2 Inc PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	36,6678	36,67
Total :					36,67

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
31/03/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO - 17202 00371242932	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :					80,00	

Total Geral: 116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador 25867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 31/03/2025
5 - Senha 25867

6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25867

8 - Número da Carteira 27935
9 - Validade da Carteira 31/03/2026
10 - Nome GIOVANNA ALVES RIBEIRO

11 - Número do Conselho Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora 76530518000107
14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA

Dados do Solicitante
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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Carter de Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 31/03/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados de Contratação Especiale
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-Qtd.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 31/03/2025	18:03	18:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
2 31/03/2025	18:46	18:46	22	40803074	RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)	001			1.0	36.67	36.67

Identificação do(a) Profissional(es) Especiale(s)
48-Sq. Raef. 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 - / /
2 - / / 4 - / /
5 - / / 6 - / /
7 - / / 8 - / /
9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 116,67
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 Medicinas (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 116,67

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



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 25867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização
31/03/2025

5 - Senha
25867

6 - Data de Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
25867

8 - Numero da Carteira
27935

9 - Validade da Carteira
31/03/2026

10 - Nome
GIOVANNA ALVES RIBEIRO

11 - Numero 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 - Numero no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados
21 - Caráter do Atendimento
2
22 - Data da Solicitação
31/03/2025

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

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 31/03/2025 18:03 18:03 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 80.00 80.00

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

48 - Sq. Rec. 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\$)
80.00

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\$)
80.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Julia da Silva Alves

*Dr. Luiz Roberto Rucker
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17202*



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

2 - Nº Guia no Prestador 25867

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 31/03/2025 5 - Semte 25867 6 - Data de Validade da Semte 25867 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 25867

8 - Número da Carteira 27935 9 - Validade da Carteira 31/03/2026 10 - Nome GIOVANNA ALVES RIBEIRO 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 76530518000107 14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA 12 - Atendimento a RN N

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 de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Cartão de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 31/03/2025 23 - Indicação Clínica 27 - Qt.Solic 28 - Qt.Autoriz

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

1	31/03/2025	18:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	80.00	80.00
---	------------	-------	----	----------	----------------------------	-----	--	--	-----	-------	-------

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 59 - 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 da Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

Assinatura: *Arlei da Silva Alves*

Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1922229

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna Alves Ribeiro
Nº da Carteira: 2.79.35
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 02/09/2012

Nº da Guia: 25867

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/03/2025	15:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Esquerdo

Descrição

A aluna estava em aula de educação física jogando basquete quando um colega caiu por cima do ombro da aluna.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Joana

Data

31/03/2025

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

A aluna foi atendida corretamente, passamos gelou no local da batida, consequentemente a aluna esta sentindo dor, encaminhamos a aluna para o hospital de referência XV. Não conseguimos contato com o responsável via telefone, enviamos uma mensagem como registro.

Ass.: _____

Joana de Souza Caetano

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

Impresso por: Joana de Souza Caetano

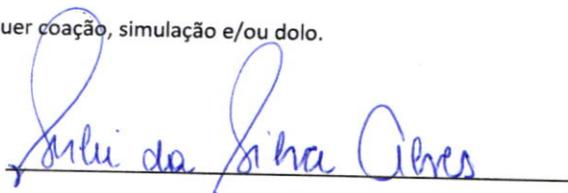
1 de 1

31/03/2025 15:10

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.BASSANI
31/03/2025 18:07:15

Atendimento: 1530612 Data do Atendimento: 31/03/2025
Prontuário: 1038239 Nome: GIOVANNA ALVES RIBEIRO
Sexo: FEMININO Idade: 12 Data de Nascimento: 02/09/2012
RG: CPF: 10515567914 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 987671632
Rua: RUA OCTAVIO CIM Numero 1235 CEP: 83050520
Bairro: PARQUE DA FONTE Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 27935
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: SIRLEI DA SILVA ALVES RIBEIRO 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.: 1733085 DATA: 31/03/2025 18:46
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1530612 DT NASC: 02/09/2012 (12A 6M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1038239 - GIOVANNA ALVES RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/03/2025 18:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CID.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO COBERTURA:
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1530612

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDO) 40803074	1						

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1530612 Prontuário: 1038239 SAME: 1038239 Hora Atend: 18:03 Data Atend:31/03/2025
Paciente..... : GIOVANNA ALVES RIBEIRO Idade: 12 a
Endereço..... : RUA OCTAVIO CIM
Bairro..... : PARQUE DA FONTE
Cidade..... : SAO JOSE DOS PINHAIS UF.: PR CEP: 83050520
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano...: UNICO
CID Principal..... : S431 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 31/03/2025 Hora Saída : 19:14
Prestador da Evolução Médica: 35 LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER

HDA

Caiu hoje na aula de educação física, com trauma no ombro E e tem dor no local.

EXAME FISICO

I: com tipóia no MSE
P: com dor no ombro E
M: com dor
Ex neurovascular preservado

DIAGNOSTICO

LAC grau I do ombro E (??)
RX: sp

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LAC grau I do ombro E (??)
RX: sp

TRATAMENTO

Tipóia canadense, gelo, AINH, avaliar no amb em 10 dias, orientação

Dr. Luiz Roberto Pinto Rebello Rucker
CRM 17.202 - CPF 003.712.429-32

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1530612
Pedido.....: 868156
Paciente.....: GIOVANNA ALVES RIBEIRO
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
Data do Exame.: 31/03/2025

EXAME RADIOLÓGICO DO OMBRO ESQUERDO**Técnica:**

Exame realizado nas incidências: anteroposterior e perfil de Neer.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados, não existindo alterações ao nível dos espaços articulares.

22 de Abril de 2025

Dr(a). BRUNO BRANDAO FERREIRA
CRO 52618