

Atendimento: 1457889 - GUILHERME GODOI DA ROCHA Lote: 1819955 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: GUILHERME GODOI DA ROCHA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
Guia.....: 19630 Validade.:06/08/2024
Senha.....: 19630 Autoriz.:06/08/2024
Carteira.: 368847 Validade.: 05/05/2025 Titular....: GUILHERME GODOI DA ROCHA
: RUA ANGELO PRODOCIMO

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
06/08/2024	40804070 PERNA 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
06/08/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO ANDRE ALMEIDA DA SILVA - 21515 00696240971	UND CLINICO	100,00%	1	80,0000	80,00
Total :						80,00

Total Geral: 115,58



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

2 - Nº Guia no Prestador 19630

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/08/2024		5 - Senha 19630	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19630	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368847		9 - Validade da Carteira 05/05/2025	
10 - Nome GUILHERME GODOI DA ROCHA		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 ANDRE ALMEIDA DA SILVA		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 21515		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 06/08/2024	
23 - Indicação Clínica TRAUMA DIRETO NO TORNOZELO DIREITO - TIBIA DISTAL - JOGANDO BOLA HOJE.			
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 06/08/2024 11:23 11:23 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 06/08/2024 12:05 12:05 22 40804070 RX - PERNA 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 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Guilherme Godoi da Rocha
Nº da Carteirinha: 3.6.8847
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 02/01/2013

Nº da Guia: 19630

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	09:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava na educação física handebol, em uma dividida de bola colega sem querer pisou em seu tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosali	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	06/08/2024

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 passou pela sala de apoio , feito primeiro atendimento, gelo no local.

Jaques Henrique de Oliveira

Coordenador Disciplina

Ass.:

Jaques H. Oliveira
Jaques Henrique 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Godoi da Rocha
Nº da Carteirinha: 3.6.8847
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 02/01/2013

Nº da Guia: 19630



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	09:39:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava na educação física handebol, em uma dividida de bola colega sem querer pisou em seu tornozelo.

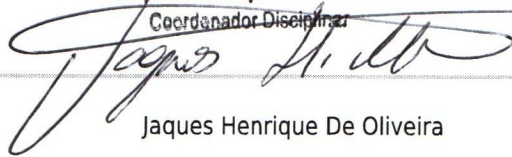
Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora Rosali	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	06/08/2024

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 passou pela sala de apoio , feito primeiro atendimento, gelo no local.

Ass.: 
Jaques Henrique 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



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

2 - Nº Guia no Prestador **19630**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/08/2024		5 - Senha 19630	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19630	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368847		9 - Validade da Carteira 05/05/2025	
10 - Nome GUILHERME GODOI DA ROCHA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 06/08/2024	
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 06/08/2024 11:23 11:23 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\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
80.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 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/SDT

2 - Nº Guia no Prestador 19630

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 06/08/2024		5 - Senha 19630	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19630	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 368847		9 - Validade da Carteira 05/05/2025	
10 - Nome GUILHERME GODOI DA ROCHA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
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 06/08/2024	
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 06/08/2024 11:23 11:23 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			

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1457889
Pedido.....: 823067
Paciente.....: GUILHERME GODOI DA ROCHA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA
Data do Exame.: 06/08/2024

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visibilizados.

06 de Agosto de 2024

Dr(a). CAO E HENRIQUE LEMES TORNESI
CRM 33732

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOMARIA.DORES
06/08/2024 11:27:08

Atendimento: 1457889 Data do Atendimento: 06/08/2024
Prontuário: 1023241 Nome: GUILHERME GODOI DA ROCHA
Sexo: MASCULINO Idade: 11 Data de Nascimento: 02/01/2013
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998419930
Rua: RUA ANGELO PRODOCIMO Numero 304 CEP: 83505170
Bairro: JARDIM APUCARANA Cidade: ALMIRANTE TAMANDARE UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 368847
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



Paciente : GUILHERME GODOI DA ROCHA 11 ANOS

Início da Triagem: 11:18:14.

Fim da Triagem: 11:20:53.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

TRAUMA EM MID TORNOZELO COM DOR, ESTAVA NA EDUCAÇÃO FISICA
HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 72bpm FR: 18rpm Tax: °C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 06/08/2024.

ANDREIA.OLIVEIRA

PRESCRIÇÃO.: 1654318 DATA: 06/08/2024 12:05
USUÁRIO....: ANDRE.SILVA
ATENDIMENTO: 1457889 DT NASC: 02/01/2013 (11A 7M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1023241 - GUILHERME GODOI DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/08/2024 11:23 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALMEIDA DA SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S801 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CICLO...: 1/

1457889

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 PERNA (DIREITA)40804070	1						
Obs.: AP E PERFIL							


ANDRE ALMEIDA DA SILVA
CRM: 21515

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1457889 **Prontuário:** 1023241 **SAME:** 1023241 **Hora Atend:** 11:23 **Data Atend:** 06/08/2024
Paciente..... : GUILHERME GODOI DA ROCHA **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA ANGELO PRODOCIMO
Bairro..... : JARDIM APUCARANA
Cidade..... : ALMIRANTE TAMANDARE **UF...:** PR **CEP:** 83505170
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S801 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DA PERNA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/08/2024 **Hora Saída :** 12:35

Prestador da Evolução Médica: 207 **ANDRE ALMEIDA DA SILVA**

HDA

TRAUMA DIRETO NO TORNOZELO DIREITO - TIBIA DISTAL - JOGANDO BOLA HOJE.

EXAME FISICO

ESCORIAÇÃO LOCAL MEDIAL NA TIBIA DISTAL DIREITA; SEM DEFORMIDADES E ADM DOS MMII SP
NV PRESERVADO E MARCHA SP

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DA PERNA DIREITA
RX SEM SINAIS DE FX

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DA PERNA DIREITA
RX SEM SINAIS DE FX

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES; AINES E GELO LOCAL E REPOUSO RELATIVO;

Dr. Andre Almeida da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 21515 - TEO 10265

ANDRE ALMEIDA DA SILVA / 21515
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA