

Atendimento: 1371165 - HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS Lote: 1684201 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente...: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Convenio...: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 14445 Validade.:08/11/2023
Senha.....: 14445 Autoriz.:08/11/2023
Carteira...: 2376518 Validade.: 30/12/2023 Titular....: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
: MELODIA

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
Grupo de Faturamento						
EXAMES E DIAGNOSTICOS	61,28	0,00	0,00	0,00	0,00	61,28
HONORARIOS MEDICOS	65,00	0,00	0,00	0,00		65,00
Total da Conta:						126,28

EXAMES E DIAGNOSTICOS

278 RAIOS X

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/11/2023	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME	1	30,6400	30,64
08/11/2023	PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930 40804097 PÉ OU PODODÁCTILO 2 INC	EXAME	1	30,6400	30,64
PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930					Total : 61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
08/11/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964					Total :	65,00

Total Geral: 126,28

Atendimento: 1371165 Data do Atendimento: 08/11/2023
Prontuário: 988036 Nome: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 14 Data de Nascimento: 29/01/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996074011

Rua: MELODIA

Numero 160

CEP: 82960050

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376518

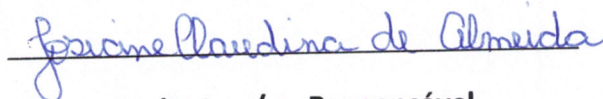
Médico: PLANTONISTA

CRM: 0000

Responsável: JOSIANE CLAUDINA DE ALMEIDA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor de Almeida dos Santos

Nº da Carteira: 2.37.6518

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 29/01/2009

Nº da Guia: 14445



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2023	18:48:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
O aluno acabou chutando o pé do colega e torceu o tornozelo.

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 e gelol spray, informamos a responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

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 14445

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14445
4 - Data de Autorização 08/11/2023	5 - Senha 14445	8 - Número da Carteira 2376518	9 - Validade da Carteira 30/12/2023
10 - Nome HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS		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 D. GUERREIRO A. J. SILVA CRM 20141
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/11/2023	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
Dados do Contrato/Executante			
29 - Código na Operadora 76530518000107	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 Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 08/11/2023	37 - Hr. Inicial 09:42	38 - Hr. Final 09:42	39 - Tabela 40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtd. 001	43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 65.00
Identificação do(a) Profissional(a) 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\$) 65.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 65.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Isiane Claudine de Almeida			
68 - Assinatura do Contratado			



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

2 - Nº Guia no Prestador 14445

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Sentença

4 - Data de Autorização
08/11/2023

5 - Série
14445

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14445

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2376518

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS

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

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/11/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt Solic.

28 - Qt Autoriz.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

Dados do Contrato / Executante

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 Exercício / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 08/11/2023 09:42 09:42 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 65.00 65.00

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\$)
65.00

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 Gastos Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

Isisiane Claudine de Almeida

1684201

PRESCRIÇÃO.: 1555577 DATA: 08/11/2023 09:52
USUÁRIO.....: EDER.CORREA
ATENDIMENTO: 1371165 DT NASC: 29/01/2009 (14A 9M 10D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 988036 - HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/11/2023 09:42 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CICLO...: 1/

1371165**PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1					
2 PE OU PODODACTILOS (DIREITO)	1					

EDER HENRIQUE CORREA
CRM: 45078

HOSPITAL XV - A NOSSA ESPECIALIDADE É A SUA SAÚDE

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1371165 Prontuário: 988036 SAME: 988036 Hora Atend: 09:42 Data Atend: 08/11/2023
Paciente..... : HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS Idade: 14 a
Endereço..... : MELODIA
Bairro..... : CAJURU UF.: PR CEP: 82960050
Cidade..... : CURITIBA Plano...: UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S932 - RUPTURA DE LIGAMENTOS AO NIVEL DO TORNOZELO E DO PE
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 08/11/2023 Hora Saída : 18:41

Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HA 1 DIA

EXAME FISICO

#BEG, DEAMBULANDO COM APOIO EM MEMBRO COM CLAUDICAÇÃO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAOD E MALEOLO LATERAL, SEM DOR EM OUTROS LOCAIS A PALPAÇÃO,
SEMD OR EM FIBULA ALTA/PERNA E SEM DOR EM BASE DE 5 MTT
SEM INSTABILIDADE LIGAMENTAR AO EXAME, TESTE DE GAVETA NEGATIVO
NV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA EM REGIAO LATERAL DE TORNOZELO
SEM SINAIS DE LESAO DE TRICEPS SURAL
SEM DOR A PALPAÇÃO DE PÉ E BASE DE 5 MTT
ADM PRESERVADA ATIVA E PASSIVA, POREM DOLOROSO

DIAGNOSTICO

ENTORSE DE TNZ DIREITO
LESAO LIGAMENTAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ENTORSE DE TNZ DIREITO
LESAO LIGAMENTAR

TRATAMENTO

ROBOFOOT + PRESCREVO ANALGESIA + ANTI-INFLAMATORIO PARA CASA + ORIENTADO RETORNO
AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO
ORIENTO SINAIS DE ALARME, VIGILÂNCIA ATIVA E RETORNO IMEDIATO AO PRONTO ATENDIMENTO SE
NECESSÁRIO. ORIENTO SOBRE QUADRO E CONDUTA ADOTADOS, BEM COMO MEDICAMENTOS
PRESCRITOS, SEUS EFEITOS COLATERAIS E A SUSPENSÃO IMEDIATA SE NECESSÁRIO. REALIZO
DEMAIS ORIENTAÇÕES GERAIS E ESCLAREÇO DÚVIDAS.
30728134

Dr. GUILHERME A. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1371165
770722

Paciente.....: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA
Data do Exame.: 08/11/2023

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

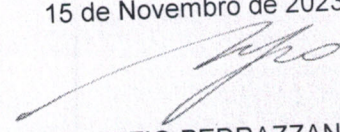
Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

Edema de partes moles.

15 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZAN
CRM 2779 RQE 114

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1371165
770722

Paciente.....: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: EDER HENRIQUE CORREA
Data do Exame.: 08/11/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

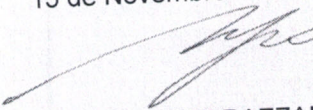
Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

15 de Novembro de 202



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZA
CRM 2779 RQE 114