

Atendimento: 1545344 - HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS Lote: 1954714 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
Guia.....: 28368 Validade.:15/05/2025
Senha.....: 28368 Autoriz.:15/05/2025
Carteira...: 2376518 Validade.: 30/12/2028 Titular....: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
: MELODIA

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
15/05/2025	40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) 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
15/05/2025	10101039 EM PRONTO SOCORRO EDUARDO PELLEGRINO DA ROC - 40975 08741597923	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 28368

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 15/05/2025	5 - Senha 28368	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 28368	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376518	9 - Validade da Carteira 30/12/2028	10 - Nome HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 40975	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225270			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/05/2025	23 - Indicação Clínica TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO HA 3 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. REFERE	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 28	26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.	
Dados do Contratado Excusante			
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 (evento ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data a 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela a 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 15/05/2025 20:35	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 15/05/2025 21:15	22	40804089	RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)
		42 - Qtde. 43 - Vi a 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total	
		001 1.0 80.00	80.00
		001 1.0 35.58	35.58
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. 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 -
2 -	4 -	6 -	8 -
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			

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOPEDRO SANTOS
15/05/2025 20:34:19

Atendimento: 1545344 Data do Atendimento: 15/05/2025
Prontuário: 988036 Nome: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO Idade: 16 Data de Nascimento: 29/01/2009
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: 996074011

Rua: MELODIA

Bairro: CAJURU

Cidade: CURITIBA

Numero 160

CEP: 82960050

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2376518

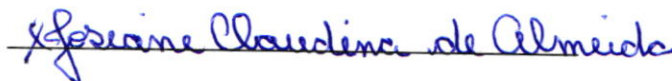
Médico: PLANTONISTA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor de Almeida dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.37.6518
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 29/01/2009

Nº da Guia: 28368

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/05/2025	12:35:00	Quadra	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

O aluno pisou em falso e sentiu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(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, informando a responsável e encaminhando ambos para o hospital de referencia.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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/PSADT

2 - Nº Guia no Prestador 28368

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/05/2025

5 - Série

28368

6 - Data de Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
28368

8 - Número da Carteira

2376518

9 - Validade da Carteira
30/12/2028

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
15/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

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 / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
15/05/2025 20:35 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

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 OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total das 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

Impresso por: PEDRO SANTOS

Data/hora: 15/05/2025 20:34:11

Certidão: 1937/14

Atendimento: 1545344

Convênio CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1954714

Dr. Eduardo P. da Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40975 RQE 30114

2 - Nº Guia no Prestador 28368

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha
15/05/2025	28368

6 - Data de Validade da Sentença	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	28368

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
2376518	30/12/2028

10 - Nome
HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

13 - INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	16 - Conselho Profissional
PLANTONISTA	06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF	19 - Código CBO
41	

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	15/05/2025	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-------------	--	----------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76530518000107	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA
---	--

31 - Código CNES
3005585

11	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 15/05/2025	20:35	20:35	22	10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

18-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
------------------	-----------------------	-------	---------------

8 - Observações / Justificativa

6-11

8

9. / /
10. / /

5 - Total de Procedimentos (R\$)	80.00
6 - Assinatura do Responsável pela Aut	

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00
--------------------------------------	------

61 - Total de Materiais (R\$)	
67 - Assina	

0.0062 - Total de OPME (R\$)0.0063 - Total de Medicamentos (R\$)0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00
--------------------------------------	------

65 - Total Geral (R\$)80.00

Dr. Eduardo P. de Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40975 RQE 30134
27 - Q1, Solc. 28 - Q1, Automa

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1545344 **Prontuário:** 988036 **SAME:** 988036 **Hora Atend:** 20:35 **Data Atend:** 15/05/2025
Paciente..... : HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS **Idade:** 16 a
Endereço..... : MELODIA
Bairro..... : CAJURU
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 82960050
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 15/05/2025 **Hora Saída :** 21:52
Prestador da Evolução Médica: 1286 **EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI**

HDA

TRAUMA TORCIONAL EM TORNOZELO DIREITO HÁ 3 HORAS. REFERE DOR LOCAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
REFERE VARIOS EPISODIOS PREVIOS

EXAME FISICO

DEAMBULA COM CARGA TOTAL, CLAUDICANTE
DOR À PALPAÇÃO DE FACE LATERAL DE TORNOZELO DIR
ADM AMPLA DOLOROSA
NV PRESERVADO
GA+ G1
SOLICITO RX DE TORNOZELO DIR

DIAGNOSTICO

RX S/ SINAIS DE FX OU LX
ENTORSE DE TORNOZELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RX S/ SINAIS DE FX OU LX
ENTORSE DE TORNOZELO

TRATAMENTO

ROBOFOOT + RNM + FLANCOX E LISADOR + GELO + ORIENTAÇÕES GERAIS E DE RETORNO

Dr. Eduardo P. da Rocha Rossi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 40975 RQE 30114

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI / 40975
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1748157 DATA: 15/05/2025 21:14
USUARIO....: EDUARDO.ROSSI
ATENDIMENTO.: 1545344 DT NASC: 29/01/2009 (16A 3M 16D)
CONVENIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 988036 - HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/05/2025 20:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO COBERTURA:
CICLO...: 1/
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

1545344

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	1						
40804089							

EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI
CRM: 40975

Atendimento.....: 1545344

Pedido.....: 877189

Paciente.....: HEITOR DE ALMEIDA DOS SANTOS

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: EDUARDO PELLEGRINO DA ROCHA ROSSI

Data do Exame.: 15/05/2025

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.

18 de Maio de 2025

Dr(a). RAFAEL MENEZES DE MELO
CRM 30639