

Atendimento: 1489606 - ISADORA VITORIA BUENO COSTA Lote: 1869198 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ISADORA VITORIA BUENO COSTA
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 23150 Validade.:
Senha.....: Autoriz.:
Carteira.: 3357343 Validade.: 13/11/2024 Titular.: ISADORA VITORIA BUENO COSTA
: RUA DOS CRISANTEMOS

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
13/11/2024	40803040 CLAVÍCULA 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
13/11/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	80,0000	80,00
	GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	CLINICO				
				Total :		80,00
				Total Geral:		116,67



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

2 - Nº Guia no Prestador **23150**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 13/11/2024		5 - Senha 23150	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23150	
8 - Número da Carteira 3357343		9 - Validade da Carteira 13/11/2024	
10 - Nome ISADORA VITORIA BUENO COSTA		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	
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 13/11/2024			
23 - Indicação Clínica HA 5 H REFER EQUETE TEVE TRAUMA NO OMBRO D TEM DOR NA CLAVICULA D			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt Solic. 28 - Qt Autoriz.			
29 - Código na Operadora 76530518000107			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA			
31 - Código CNES 3005585			
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 42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
1 13/11/2024 16:53 16:53 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 80.00 80.00			
2 13/11/2024 17:16 17:16 22 40803040 RX - CLAVICULA 001 1.0 36.67 36.67			
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\$) 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 Gases Medicinais (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	

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOLUCINEIA.ALVES
13/11/2024 16:56:23

Atendimento: 1489606 Data do Atendimento: 13/11/2024
Prontuário: 1016586 Nome: ISADORA VITORIA BUENO COSTA
Sexo: FEMININO Idade: 10 Data de Nascimento: 25/06/2014
RG: 166984432 CPF: 15275617984 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 996772930
Rua: RUA DOS CRISANTEMOS Numero 53 CEP: 83411330
Bairro: SAO DIMAS Cidade: COLOMBO UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matrícula: 3357343
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELIANE BUENO DO NASCIMENTO COSTA 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**

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco

Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : ISADORA VITORIA BUENO COSTA. 10 ANOS

Início da Triagem: 16:53:31.

Fim da Triagem: 16:53:39.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

QP: PACIENTE RELATA TRAUMA NO OMBRO DIREITO, REFERE ALGIA E DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR O BRAÇO. IS: HOJE

Comorbidades: .

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 85bpm FR: rpm Tax: 36,8°C SatO2: 100% ECG:
Dor:

Data: 13/11/2024.

ENF° LARISSA ROCHA MARTINS

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isadora Vitória Bueno Costa
Nº da Carteirinha: 3.357.343
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 25/06/2014

Nº da Guia: 23150



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2024	15:17:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição
Aluna estava na aula de educação física, quando acabou se chocando com colega e caiu no chão batendo o ombro com força.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitores	(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	13/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações
Colocado gelo no local Entrado em contato com a mãe.

Ass.: 

Larissa Lima Silva



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 **23150**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3357343

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISADORA VITORIA BUENO COSTA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
13/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 98 10101039 PACOTE DE CONSULTA EM EMERGENCIA

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref 49 - Gr Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CNES

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

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

PRESCRIÇÃO.: 1688186 DATA: 13/11/2024 17:15
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1489606 DT NASC: 25/06/2014 (10A 4M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1016586 - ISADORA VITORIA BUENO COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/11/2024 16:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...:
CID.....: S400 CONTUSÃO DO OMBRO E DO BRACO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1489606*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 CLAVICULA (DIREITO)-40803040	1					


GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	1489606	Prontuário: 1016586	SAME: 1016586	Hora Atend: 16:53	Data Atend: 13/11/2024
Paciente.....	ISADORA VITORIA BUENO COSTA				
Endereço.....	RUA DOS CRISANTEMOS				
Bairro.....	SAO DIMAS				
Cidade.....	COLOMBO				
Convênio.....	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				
CID Principal.....	S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO				
CID's Secundários:					
Resultado.....	RETORNO AMBULATORIO				
Data Saída.....	13/11/2024				
Prestador da Evolução Médica: 3					
GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN					

HDA

HÁ 6 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NO OMBRO D

TEM DOR NA CLAVICULA D

EXAME FISICO

TEM DOR NA CLAVICULA D

SEM DEFORMIDADE

MOBILIDADE OK

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DO OMBRO D

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DO OMBRO D

TRATAMENTO

ORIENTAOD

PROFEND

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Atendimento.....: 1489601

Paciente.....: 842625

Paciente.....: ISADORA VITORIA BUENO COSTA

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Data do Exame.: 13/11/2024

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

Exame realizado nas incidências AP e zanca.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relação articular acromioclavicular mantida.

24 de Novembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149