

Agrupamento: **7 - AMBULATÓRIO** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **102621** Competência: **09/2024** Entrega: **23/09/2024** ***102621***
Convênio: **136 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA**
Nota Fiscal

Período							
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
11/09/2024	11/09/2024	20548002		1838037	1469561	LETICIA KOLLER CONRADI	375663
							115,58
Total : 1							115,58
Total Geral : 1							115,58

Atendimento: 1469561 - LETICIA KOLLER CONRADI Lote: 1838037 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LETICIA KOLLER CONRADI
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano.....: UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
Guia.....: 20548002 Validade.:11/09/2024
Senha.....: 20548002 Autoriz.:11/09/2024
Carteira.: 375663 Validade.: 22/02/2025 Titular...: LETICIA KOLLER CONRADI
: RUA ANTONIO DALMARCO

Procedimento: 10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)

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
11/09/2024	40804011 BACIA PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	35,5845	35,58
Total :					35,58

HONORARIOS MEDICOS

298 AMBULATORIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
11/09/2024	10101012 EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PREESTA ATO LUIZ ROBERTO PINTO REBELL - 17202 00371242932	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 **20548002**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 11/09/2024	5 - Senha 20548002	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20548002		
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 375663	9 - Validade da Carteira 22/02/2025	10 - Nome LETICIA KOLLER CONRADI	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 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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/09/2024	23 - Indicação Clínica Em 01-09-24 fratura avulsao da asa do ilaco D 10 dias. Melhor da dor. Tomo da bacia (01-09-24): Fragmentos osseos adjacente			
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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	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 11/09/2024 09:32 09:32 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 001 1.0 80.00 80.00					
2 11/09/2024 10:27 10:27 22 40804011 RX - BACIA 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 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /					
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 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 RETORNO

Aluno: Letícia Koller Conradi
Nº da Carteira: 3.7.9080
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 12/05/2010

Nº da Guia: 20548.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	16:07:04	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Glúteos

Descrição

Aluna estava em quadra, disputando um jogo de basquete e em uma disputa de bola, caiu no chão, de lado, batendo com força o osso do quadril, aparente próximo a Crista ilíaca. No mesmo momento da queda, outra aluna caiu por cima dela. Levantou com dificuldade, relatando após alguns minutos com gelo a impossibilidade de conseguir ficar em pé. Relata fortes dores locais. Impossibilidade de andar.

Testemunha da ocorrência

Prof. Dani

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Dani

Data

01/09/2024

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

Motivo do Retorno

Relato do Dia - Aluna estava em quadra, disputando um jogo de basquete e em uma disputa de bola, caiu no chão, de lado, batendo com força o osso do quadril, aparente próximo a Crista ilíaca. No mesmo momento da queda, outra aluna caiu por cima dela. Levantou com dificuldade, relatando após alguns minutos com gelo a impossibilidade de conseguir ficar em pé. Relata fortes dores locais. Impossibilidade de andar. Após o atendimento a aluna foi medicada ficou de atestado de 15 dias e o retorno para o dia 10/09 - Tudo comunicado a Clínica Adventista de Curitiba.

Ass.:

Cristiano Alexandro Rank

<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 **1469561**

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 375663	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LETICIA KOLLER CONRADI	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			12 - Atendimento a RN N
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
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 da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/09/2024	23 - Indicação Clínica	
Dados do Contrato Executante			
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	27 - Qt Solic 1
			28 - Qt Autoriz 0
Dados do Atendimento			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		
31 - Código CNES 3005585			
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 - Têc	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 CBO
56 - Data de Realização de Procedimento em Série			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
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	
Impresso por: JOICE OLIVEIRA			
Data/Hora: 11/09/2024 09:35:58			
Conta/Lote:			
Atendimento: 1469561			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			

**

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1469561
Pedido.....: 830251
Paciente.....: LETICIA KOLLER CONRADI
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
Data do Exame.: 11/09/2024

RADIOGRAFIA DA BACIA

Exame realizado na incidência AP.

Os seguintes aspectos foram observados:

Aspecto normal das estruturas ósseas da bacia, não existindo alterações ao nível das articulações sacroilíacas e coxofemorais.

22 de Setembro de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

AMBULATORIO
AMBULATORIOSJOICE.OLIVEIRA
11/09/2024 09:35:35

Atendimento: 1469561 Data do Atendimento: 11/09/2024
Prontuário: 1024894 Nome: LETICIA KOLLER CONRADI
Sexo: FEMININO Idade: 14 Data de Nascimento: 12/05/2010
RG: CPF: 09323631990 Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: 998496111

Rua: RUA ANTONIO DALMARCO Numero 444 CEP: 81320420
Bairro: FAZENDINHA Cidade: CURITIBA UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 375663
Médico: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER CRM: 17202
Responsável: LETICIA KOLLER CONRADI Parentesco: AMIGO (A)

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.

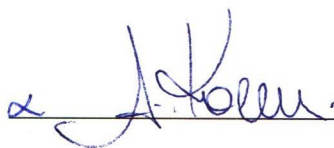
6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.

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.: 1667321 DATA: 11/09/2024 10:27
USUÁRIO....: LUIZ.RUCKER
ATENDIMENTO: 1469561 DT NASC: 12/05/2010 (14A 4M 1D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1024894 - LETICIA KOLLER CONRADI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/09/2024 09:32 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER SERVIÇO:
UNID. INT.: AMBULATORIOS LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S323 FRATURA DO ILIO CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1469561

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 BACIA 40804011	1						

LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER
CRM: 17202

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1469561 **Prontuário:** 1024894 **SAME:** **Hora Atend:** 09:32 **Data Atend:** 11/09/2024
Paciente..... : LETICIA KOLLER CONRADI **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA ANTONIO DALMARCO
Bairro..... : FAZENDINHA
Cidade..... : CURITIBA **UF..:** PR **CEP:** 81320420
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S323 - FRATURA DO ILIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/09/2024 **Hora Saída :** 11:06

Prestador da Evolução Médica: 35 **LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER**

HDA

Em 01-09-24 fratura avulsão da asa do iláco D

10 dias. Melhor da dor.

Tomo da bacia (01-09-24): Fragmentos ósseos adjacentes a asa do ilíaco à direita, sugerindo sinais de fratura.

EXAME FISICO

I: marcha claudicante

P: com dor

M: ampla e com dor

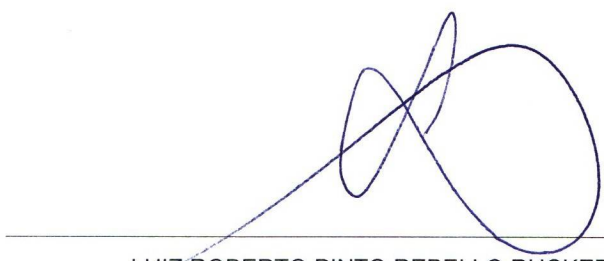
DIAGNOSTICO - HISTORICO

Fratura da asa do ilíaco D

RX: mantido padrão anterior

TRATAMENTO

Uso de meletas, retorno em 35 dias, orientação, repouso



LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER / 17202
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA