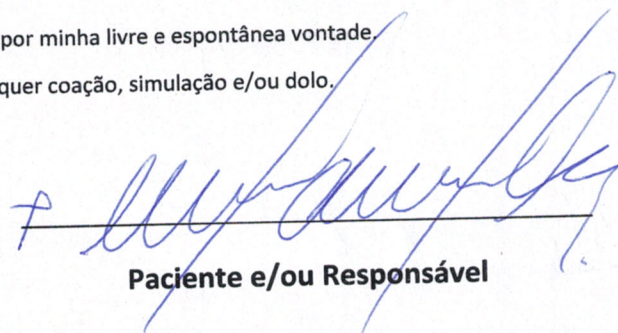


Atendimento: 1367130 Data do Atendimento: 25-10-2023
Prontuário: 1005697 Nome: LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA
Sexo: AMBOS Idade: 8 Data de Nascimento: 07-10-2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO

Telefone: Rua: RIO PARANA Numero 814 CEP: 83322000
Bairro: PLANTA BAIRRO WEISOPOLIS Cidade: PINHAIS UF: PR
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2781250
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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Letícia Pontes Cruz da Rocha
Nº da Carteira: 2.78.1250
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 07/10/2015

Nº da Guia: 14170



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2023	13:43:00	Jardim	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Esquerda, 4º Dedo Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava correndo, quando um colega chocou-se com ela que caiu e bateu a mão, machucando os dedos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Joel	(41) 3097-7450

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

A aluna foi atendida pelo monitor que passou gelou. Entramos em contato com a família para buscar a aluna e levar ao hospital acima citado.

Ass.: _____

Gleice 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

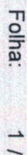


**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT**

2 - Nº Guia no Prestador 14170

Folha: 1 /

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sentin	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sentin	10 - Nome LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 2781250	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530618000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20141
15 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN	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 27/10/2023	23 - Indicação Clínica HA 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NA MAO E NA ESCOLA	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
Dados do Contratado			
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
Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - GI, Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
55 - Data da Realização de Procedimento em Série	56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	57 - Assinatura do Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
13 -	14 -	15 -	16 -
17 -	18 -	19 -	20 -
21 -	22 -	23 -	24 -
25 -	26 -	27 -	28 -
29 -	30 -	31 -	32 -
33 -	34 -	35 -	36 -
37 -	38 -	39 -	40 -
41 -	42 -	43 -	44 -
45 -	46 -	47 -	48 -
49 -	50 -	51 -	52 -
53 -	54 -	55 -	56 -
57 -	58 -	59 -	60 -
61 -	62 -	63 -	64 -
65 -	66 -	67 -	68 -
69 -	70 -	71 -	72 -
73 -	74 -	75 -	76 -
77 -	78 -	79 -	80 -
81 -	82 -	83 -	84 -
85 -	86 -	87 -	88 -
89 -	90 -	91 -	92 -
93 -	94 -	95 -	96 -
97 -	98 -	99 -	100 -



PRESCRIÇÃO.: 1550724 DATA: 25/10/2023 14:34
USUÁRIO....: GUILHERME STRATMANN
ATENDIMENTO: 1367130 DT NASC: 07/10/2015 (8A OM 19D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1005697 - LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/10/2023 14:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1367130

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
------------------	-----	---------	----	-----	------------	---------------

1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
-----------------------------------	---	--	--	--	--	--

Obs.: 5 QDE

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TALA DE ALUMINIO 19 X 250 MM	1					[25/10] . 14:34
-> MICROPORE 25MM X 10M CM	10	CENTIMETRO				
-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	10	CENTIMETRO				
-> TALA DE ALUMINIO LARGA 19 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
CRM: 20141

Período de 25/10/2023 a 25/10/2023

Atendimento: **1367130 LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA**

Nascimento: 07/10/2015

Mãe: ANA PAULA PONTES OLSAN NETTO

Internação: 25/10/2023 CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

Evolução/Anotação: 00651984

Data: 25/10/2023

Hora: 15:17

PACIENTE ADMITIDO NO P.A LÚCIDO, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMÍNIO 19/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM x 10CM

Otávio N. Nascimento
Téc. de Enfermagem
Coren - PR 1673015

1813 OTAVIO NATANAEL DO NASCIMENTO
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1673015

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1367130 **Prontuário:** 1005697 **SAME:** 1005697 **Hora Atend:** 14:30 **Data Atend:** 25/10/2023
Paciente..... : LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA **Idade:** 8 a
Endereço..... : RIO PARANA
Bairro..... : PLANTA BAIRRO WEISOPOLIS
Cidade..... : PINHAIS **UF...:** PR **CEP:** 83322000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 25/10/2023 **Hora Saída :** 15:02

Prestador da Evolução Médica: 3 **GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN**

HDA

HÁ 1 H REFERE QUE TEVE TRAUMA NA MAO E NA ESCOLA

EXAME FISICO

TEM DOR NO 5 QDE
EDEMA LOCAL
FORÇA OK
DOR NO 4 QDE

DIAGNOSTICO

FRATURA DO 5 QDD

DIAGNOSTICO - HISTORICO

FRATURA DO 5 QDD

TRATAMENTO

ORIENTADO
TALA DE ALUMINIO
RETORNO
30722349

Dr. GUILHERME A. S. STRATMANN
Ortopedia e Traumatologia
CRM 201141

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço de Radiologia

Atendimento.....: 1367130
768304
Paciente.....: LETICIA PONTES CRUZ DA ROCHA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Médico Sol.....: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN
Data do Exame.: 25/10/2023

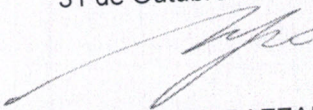
RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fratura da falange proximal do 5º dedo.

31 de Outubro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZA
CRM 2779 RQE 114