

Atendimento: 1407528 - LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO Lote: 1741462 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano..... UNICO
Sub Plano.:
Medico/CRM: GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
Guia.....: 15723 Validade.:06/03/2024
Senha.....: 15723 Autoriz.:06/03/2024
Carteira.: 3357276 Validade.: 12/12/2024 Titular....: LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO
: JOARES ANTONIO BITTENCOURT

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
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	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
06/03/2024	40803090 COTOVELO PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	2	30,6400	61,28
Total :					61,28

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
06/03/2024	10101039 EM PRONTO SOCORRO GUILHERME ANTONIO SILVA S - 20141 02188638964	UND CLINICO	100,00%	1	65,0000	65,00
Total :						65,00

Total Geral: 126,28



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

2 - Nº Guia no Prestador 15723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/03/2024

5 - Série

15723

6 - Data de Validade da Série

15723

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

12/12/2024

10 - Nome

LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

HOSPITAL XV LTDA

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

06/03/2024

23 - Indicação Clínica

QMN HOJE COM TRAUMA EM MSD. QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO DIREITO.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1	06/03/2024	16:02	16:02	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2	06/03/2024	16:37	16:37	22	40803090	RX - COTOVELO
3	06/03/2024	16:37	16:37	22	40803090	RX - COTOVELO

42 - Qrde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001			1.0	65.00	65.00
001			1.0	30.64	30.64
001			1.0	30.64	30.64

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Sq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Cod 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\$)
126.28

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\$)

126.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por CAMILA ROSA

Data/Hora: 18/03/2024 13:29:42

Contat/At: 1741462

Atendimento: 1407528

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1741462

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lívia Yuri Kuboyama Ruivo
Nº da Carteira: 3.357.276
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 19/01/2015

Nº da Guia: 15723

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2024	14:57:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Direito, Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição
Aluna estava participando das atividades da aula de educação física quando escorregou caindo em cima do braço direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Marcio	(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	06/03/2024

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

Observações
Aluna se queixou de dores no local, principalmente na área do cotovelo Colocado gelo

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/03/2024

5 - Senha

15723

6 - Data de Validade da Senha

15723

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

12/12/2024

10 - Nome

LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

3357276

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

13 - Código da Operadora
76530518000107

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

0000

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Realização / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato, Escatote

29 - Código na Operadora

76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

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

1 06/03/2024 16:02 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(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part

50 - Cod 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 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

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 15723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
06/03/2024

5 - Senha

15723

6 - Data de Validade da Senha

15723

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
3357276

9 - Validade da Carteira
12/12/2024

10 - Nome
LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO

11 - Número de Cartão Nacional de Saúde

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

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic.
28 - Ql Autoriz.

Dados do Contrato/Estabelecimento

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

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
1 06/03/2024 16:02 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 65.00 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

68 - Assinatura do Contratado

Atendimento.....: 1407528
792483

Paciente.....: LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 06/03/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

17 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

Atendimento.....: 1407528
792483

Paciente.....: LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ABNER ALVES FERREIRA

Data do Exame.: 06/03/2024

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Exame realizado nas incidências AP e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares mantidas.

17 de Marco de 2024



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149

URGENCIA/EMERGENCIA
PRONTO SOCORRO ORTOPEDICOVINICIUS.HARAI
06/03/2024 16:04:03

Atendimento: 1407528 Data do Atendimento: 06/03/2024
Prontuário: 1012835 Nome: LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO
Sexo: FEMININO Idade: 9 Data de Nascimento: 19/01/2015
RG: CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone:

Rua: JOARES ANTONIO BITTENCOURT

Numero 141

CEP: 82860320

Bairro: ATUBA

Cidade: CURITIBA

UF: PR

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 3357276

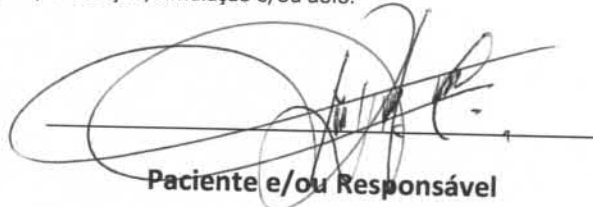
Médico: PLANTONISTA

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

HOSPITAL XV DE CURITIBA

Formulário: Triagem e Classificação de Risco
Setor: Pronto atendimento Clínico e Ortopédico



HospitalXV

Paciente : LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO, 9 A

Início da Triagem: 15:57:45.

Fim da Triagem: 16:01:08.

Classificação: AZUL (120 min)

Motivo do Atendimento:

ORTOPÉDICO

PELA TARDE, ESTAVA CORRENDO E ACABOU TROPEÇANDO, POR CIMA DO BRAÇO DIREITO., REFERE ALGIA EM REGIAO DA DIVIDA DO BRAÇO E ANTEBRAÇO

Comorbidades:

MUC: NEGA

ALERGIAS: NEGA

Sinais Vitais:

PA: mmHg FC: 103bpm FR: rpm Tax: 36.6°C SatO2: 99% ECG:
Dor:

Data: 05/03/2024.

MARCOS VINICIO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1407528 Prontuário: 1012835 SAME: 1012835 Hora Atend: 16:02 Data Atend: 06/03/2024
Paciente..... : LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO Idade: 9 a
Endereço..... : JOARES ANTONIO BITTENCOURT
Bairro..... : ATUBA
Cidade..... : CURITIBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA UF.: PR CEP: 82860320
CID Principal..... : S500 - CONTUSAO DO COTOVELO Plano...: UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : RETORNO AMBULATORIO
Data Saída..... : 06/03/2024 Hora Saída : 18:40
Prestador da Evolução Médica: 3 GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN

HDA

QMN HOJE COM TRAUMA EM MSD. QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO DIREITO;

EXAME FISICO

PELE ÍNTEGRA. DOR À PALPAÇÃO DE REGIÃO DE EPICONDILIO MEDIAL. ADM PRESERVADA, NV PRESERVADO.

DIAGNOSTICO

RAIO X OK
CONTUSAO DO COTOVELO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

RAIO X OK
CONTUSAO DO COTOVELO

TRATAMENTO

SOLICITO RADIOGRAFIA BILATERAL PARA COMPARAÇÃO DE EPIFISE; PRESCREVO PROFENID E NOVALGINA GOTAS. ORIENTO COMPRESSAS COM GELO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORTOPEDIATRIA

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

GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN / 20141
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 1599243 DATA: 06/03/2024 16:36
USUÁRIO....: ABNER.FERREIRA
ATENDIMENTO: 1407528 DT NASC: 19/01/2015 (9A 1M 17D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1012835 - LIVIA YURI KUBOYAMA RUIVO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2024 16:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ABNER ALVES FERREIRA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico***1407528*****PRESCRIÇÃO MÉDICA****EXAMES DE IMAGEM**

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 COTOVELO (DIREITO)	1					
Obs.: AP + PERFIL + GREENSPAN						
2 COTOVELO (ESQUERDO)	1					
Obs.: AP + PERFIL + GREENSPAN						

Dr. Abner A. Fer.
Médico - Hospital
CRM-PR 45201

ABNER ALVES FERREIRA
CRM: 45201